

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Primiparidade Tardia**

Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da  
Parentalidade Saudável

**Carla Olívia de Sousa Veigas Martins**

**Lisboa**

**2016**



# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Primiparidade Tardia**

Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da  
Parentalidade Saudável

**Carla Olívia de Sousa Veigas Martins**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Esmeralda Afonso

**Lisboa**

**2016**



## PENSAMENTO

*Ensinarás a voar,  
Mas não voarão o teu vôo...  
Ensinarás a sonhar,  
Mas não sonharão os teus sonhos...  
Ensinarás a viver,  
Mas não viverão a tua vida...  
No entanto...  
Em cada vôo,  
Em cada vida,  
Em cada sonho,  
Perdurará sempre um pouco  
Do caminho que lhes ensinaste.*

Madre Teresa de Calcutá

## AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial ao Pedro, companheiro de todos os momentos, pela compreensão da minha ausência em momentos importantes para todos nós. Pelo apoio, carinho, incentivo e tolerância nos momentos mais difíceis da minha caminhada.

À minha amiga Carla pelo apoio e incentivo. As suas sábias palavras fizeram toda a diferença durante este percurso.

À fantástica Eduarda pelo “empurrão” e por ter sempre acreditado que iria conseguir.

À Professora Esmeralda pela sua disponibilidade, sapiência e encorajamento na orientação deste trabalho.

A todas as parturientes, especialmente às primíparas tardias, que acompanhei durante o decorrer dos ensinamentos clínicos, que permitiram que melhor percebesse os processos de transição para a parentalidade.

A todos aqueles que aqui não estão mencionados, mas que contribuíram, quer por atitudes ou apenas por compreensão da minha ausência, para que eu melhor percorresse este caminho que agora termina.

A todos vós o meu sincero obrigado.

Carla Veigas Martins

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

BP – Bloco de Partos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotacografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

ICM – International Confederation of Midwives

ICNP – International Classification for Nursing Practice

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPTP – Paragem de Progressão do Trabalho de Parto

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito da UC “Estágio com Relatório”, do 6º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Pretendo que traduza de forma clara, sistematizada e refletida o percurso efetuado no “Estágio com Relatório”. Todo este percurso teve subjacente a metodologia de projeto onde foi definida e contextualizada a problemática que me orientou ao longo do mesmo.

A temática escolhida para o desenvolvimento desta UC foi a Primiparidade Tardia, onde procuro saber quais os contributos do enfermeiro Obstetra promotores da transição para a parentalidade, cujo quadro de referência assenta na teoria das transições de Afaf Meleis.

O nascimento do primeiro filho é um acontecimento marcante na vida dos indivíduos. A gravidez é uma experiência gratificante e ao mesmo tempo exigente, um período de transição na qual ocorrem alterações a nível físico, emocional e social e que é vivenciada de diferentes formas pelas mulheres. O adiamento do nascimento do primeiro filho pode acarretar consequências pessoais, familiares e sociais ainda maiores.

Lampinen (2009) refere que as mulheres que engravidam após os 35 anos têm problemas e preocupações aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos.

Relativamente às razões subjacentes à primiparidade tardia destacam-se como principais achados, no estudo realizado aquando da intervenção das mulheres em contexto de Bloco de partos, os aspetos fisiológicos, a estabilidade conjugal/relacional, a estabilidade económica e profissional e motivos ligados à realização pessoal. Os sentimentos vivenciados pela mulher são ambivalentes destacando-se sentimentos como a alegria; bem-estar e o contentamento por um lado, e a preocupação; medo do parto e do desconhecido e a ansiedade quanto ao cuidado ao RN por outro. No que diz respeito aos contributos do enfermeiro obstetra durante a gravidez e parto, este grupo de mulheres enfatizou a importância da qualidade da informação transmitida, a competência técnica, a transmissão de calma, tranquilidade e a disponibilidade e a confiança.

Palavras – chave: Primiparidade; Transição para a parentalidade; Papel do profissional de enfermagem; Enfermeiro obstetra.

## ABSTRACT

This report comes under the scope of the UC "Internship with Report", of the 6th Masters Course in Maternal and Midwifery Nursing. I intend to translate in a clear, systematized and reflected way the course carried out in the "Report Stage". All this course had underpinned the project methodology where the problem that guided me along the same was defined and contextualized.

The theme chosen for the development of this UC was the Late Primiparity, where I try to know which contributions of the Obstetrician nurse promote the transition to parenting, whose frame of reference is based on the Afaf Meleis transitions theory.

The birth of the first child is a remarkable event in the lives of individuals. Pregnancy is a gratifying and demanding experience, a period of transition in which physical, emotional and social changes occur and are experienced in different ways by women. Postponing the birth of the first child can lead to even greater personal, family, and social consequences.

Lampinen (2009) mentions that women who become pregnant after the age of 35 have problems and concerns that health professionals should be aware of.

Regarding the reasons underlying the late primiparity, the main findings are the physiological aspects, marital / relational stability, economic and professional stability, and reasons related to the achievement of the intervention in the context of the Parturition Block. The feelings experienced by the woman are ambivalent, emphasizing feelings like joy; Well-being and contentment on the one hand, and concern; fear of childbirth and the unknown, and anxiety about care for the newborn. With regard to the contribution of the obstetrician nurse during pregnancy and childbirth, this group of women emphasized the importance of the quality of the information transmitted, the technical competence, the transmission of calm, tranquility, availability and trust.

Keywords: Primiparity; Transition to parenting; Role of the nursing professional; Obstetrician nurse.

# ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO .....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
1.1. A gravidez .....	13
1.2. Primiparidade Tardia .....	17
1.3. Transição: processos e mudanças à luz da Teoria de Afaf Meleis .....	20
1.4. Contributo do Enfermeiro Obstetra nos processos de transição para a parentalidade .....	22
2. METODOLOGIA DE TRABALHO .....	26
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	34
3.1. Cuidados à mulher/RN e família em contexto de bloco de partos .....	36
3.2. Cuidados a primíparas tardias na transição para a parentalidade .....	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
APÊNDICES .....	69
Apêndice I - “Guião orientador de colheita e registo de dados” .....	70
Apêndice II - Categorias, subcategorias e Unidades de Significação resultantes da Análise de conteúdo .....	72



## ÍNDICE DE TABELAS E FLUXOGRAMAS

	Pág.
Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a selecionar para a revisão da literatura .....	27
Tabela 2 - Apresentação dos artigos selecionados para a revisão da literatura .....	30
Fluxograma 1 - Representação das expressões utilizadas como descritores de pesquisa .....	27
Fluxograma 2 - Representação da seleção dos artigos para a revisão da literatura .....	28

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), cujo estágio decorreu no Bloco de Partos de um hospital central do distrito de Lisboa, entre 29 de fevereiro e 8 de julho de 2016. Pretendo que seja um documento onde, através de um processo de reflexão crítica, evidencio, fundamento e justifico o percurso desenvolvido durante o curso, e sobretudo no ensino clínico (EC) do último semestre.

Neste sentido, o presente relatório tem como objetivo expor o percurso efetuado assim como as atividades de estágio realizadas, de uma forma crítica e reflexiva.

Tendo em conta o plano de estudos do 6º CMESMO, os objetivos da UC “Estágio com Relatório”, o regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e as Competências Essenciais para a Prática de Enfermagem descritas pela ICM (2015), defini como objetivos para este Ensino Clínico:

- Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e culturalmente sensíveis promotoras do bem-estar materno-fetal que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de Urgência Obstétrica ou ginecológica.
- Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e culturalmente sensíveis que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente durante o trabalho de parto.
- Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e culturalmente sensíveis que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação/otimização à vida extra uterina.
- Desenvolver competências técnico-científicas, relacionais e culturalmente sensíveis que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados a primíparas tardias e que promovam a parentalidade saudável.

A temática escolhida para aprofundar/ desenvolver ao longo do CMESMO, com especial aplicabilidade neste EC assim como para a elaboração do presente relatório centra-se nos contributos do Enfermeiro Obstetra que promovem a parentalidade saudável, nas mulheres em situação de Primiparidade Tardia.

Importa referir que se considera primípara a “mulher que completou uma gestação com um ou mais fetos que atingiram a viabilidade fetal” (Lowdermilk, 2008, p.223), sendo viabilidade, segundo a mesma autora, “a capacidade para viver fora do útero, desde aproximadamente as 22 a 24 semanas de amenorreia ou feto com peso de aproximadamente 500 gramas” (p.223). Vários autores, como Gusmão, Tavares; Moreira, 2003; Kristensen et al., 2007, citados por Lima (2010) definem gravidez tardia como aquela que ocorre na mulher com idade “igual ou superior a 35 anos” (Lima, 2010, p. 215).

A idade da grávida pode, não só, condicionar a evolução da gravidez, no que respeita ao aumento do risco de complicações de saúde para a mãe e para o feto, como também condicionar a adaptação materna ao novo papel parental (Manning, 2008). Na gravidez tardia, em situação de primiparidade, para além das condicionantes acima referidas a mulher adquire tardiamente uma nova identidade com o novo papel pessoal, familiar e social, associados à passagem do papel de ser só filha / esposa para passar a ser também mãe. Nestas situações há também a necessidade de reajustamento do papel conjugal e da situação socioeconómica (Cepêda, 2005; Maldonado, 1997 citado por Gomes, 2008).

A minha preocupação central na abordagem deste tema foi a de aprofundar conhecimentos relacionados com a transição para a parentalidade nas primíparas tardias para, enquanto futura EEESMO, poder ajudar as mulheres neste processo. Da minha experiência profissional noto que, de há uns anos a esta parte, as mulheres são mães, pela primeira vez, cada vez mais tarde e o EEESMO deve adequar a intervenção especializada a este novo grupo de mães/casais tendo em conta a especificidade dos mesmos. A necessidade de abordar/aprofundar este tema vai de encontro ao que autores como Ramos, Faria, Oliveira e Silva (2012) nos salientam, referindo que “o impacto da gravidez no quotidiano de uma mulher com idade avançada, nas dimensões física, psicológica e social é uma problemática atual, podendo conduzir a alterações do ajustamento materno” (Ramos et al 2012, p. 23).

A maternidade é um dos acontecimentos mais importantes no ciclo de vida da mulher, sendo diferentemente vivido por cada uma e pelas suas famílias. De acordo com Colman & Colman (1994) universalmente as mulheres grávidas vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico. A gravidez é vivenciada não só pela mulher mas também por todos os que constituem o seio familiar. Segundo Cardoso (2010), há uma disposição física e psíquica adquirida durante a infância que

“[...] condiciona, [...] o desenvolvimento do desejo de ter um filho, da gravidez, [...] assim como as primeiras relações mãe-filho” (Cardoso, 2010, p.633). A gravidez é considerada, por alguns autores, como um período de crise, uma etapa de maturação onde ocorrem transformações e adaptações a nível fisiológico, psicológico e familiar, conduzindo inevitavelmente a reestruturações de relações existentes (Bayle, 2005; Caetano, Netto & Manduca, 2011). Estas transformações e adaptações são essenciais no percurso de vida, no que respeito diz à maternidade/paternidade, exigindo organização a nível psicológico, biológico, social, cognitivo, emocional e relacional (Abreu, Pocinho & Leal, 2010).

A transição para a maternidade leva à aquisição e alteração de papéis. A primípara adquire o papel de mãe e modifica outros papéis sociais que tinha antes de engravidar (Meleis, 2010). Esta fase de transição está repleta de sentimentos e emoções diversas, como a alegria e a satisfação, o medo e a insegurança (Manning 2008). É influenciada pela forma como os novos pais encaram o seu papel parental e pelo modo como reagem ao nascimento do seu filho. Os comportamentos parentais são influenciados por fatores culturais, condições socioeconómicas, aspirações pessoais e sociais, características dos pais e a idade dos mesmos.

São vários os motivos que levam ao adiamento do projeto da maternidade/paternidade. Realçam-se o aumento da escolaridade das mulheres, assim como a sua assunção ao mercado de trabalho em cargos de maior responsabilidade laboral (Rodrigues, 2008, p.2). As “metas pessoais para a autorrealização” (Faria, 2012, p.10) exigem da mulher uma maior disponibilidade em tarefas fora de casa e por conseguinte o adiamento do projeto de ser Mãe. Também a permanência dos jovens em casa dos pais, a utilização de métodos contraceptivos seguros e o aumento da infertilidade tanto em homens como em mulheres, são causas apontadas que explicam o adiamento da maternidade e, por conseguinte, a diminuição da fecundidade em Portugal (Carrilho e Craveiro, 2015, p. 69).

Em Portugal, nas últimas décadas, e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a idade da mulher a quando do nascimento do primeiro filho aumentou significativamente, passando de 23,5 anos na década de 70 e início da década de 80 para 29.7 anos em 2013 (Pordata, 2015a). Neste sentido pode dizer-se que a mulher portuguesa engravida cada vez mais tarde e que, associado ao adiamento do projeto de maternidade podem surgir complicações para si e para o feto assim como alterações no processo de transição para a parentalidade saudável.

No contexto deste trabalho irei utilizar a definição do Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO (1988), que define a primiparidade tardia como aquela que ocorre a partir dos 35 anos de idade. Em 1950, Waters e Wagner criaram o termo médico “primigesta idosa”, que foi aplicado às mulheres que se tornaram mães pela primeira vez com idade igual ou superior a 35 anos (Schupp, 2006). Segundo dados médicos, a maternidade é considerada tardia devido à diminuição das células sexuais na mulher, ou seja quando há um declínio na sua fertilidade, sendo que os primeiros sinais da diminuição das células reprodutivas podem acontecer a partir dos 30 anos idade. Atualmente, a gravidez acima de 45 anos é chamada de “maternidade em idade muito avançada” (Callaway et al., 2005).

O quadro de referência que orienta o trabalho é a Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis. Martins (2008), citando Meleis refere que:

a transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais (Schumacher e Meleis, 1994) com que as famílias se confrontam ao longo da sua existência. (...) Pese embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar (Schumacher e Meleis, 1994), tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica...(Martins, 2008, p.3).

O nascimento de uma criança é talvez o maior desafio da vida dos seus progenitores pois uma panóplia de alterações/ transições estão adjacentes a este fenómeno: passam pela alteração de papéis (materno e paterno) influenciados pelas vivências individuais, familiares e sociais; e são redefinidos e reorganizados os projetos de vida a nível da identidade e funções (Martins, 2008, p. 4).

No que respeita à organização deste Relatório de Estágio, este encontra-se dividido em 4 pontos. O ponto um refere-se ao enquadramento teórico onde se aborda a gravidez, a primiparidade tardia tendo em conta a transição para a parentalidade e os contributos do Enfermeiro Obstetra. No ponto dois faço a abordagem à metodologia utilizada. No ponto três, partindo dos objetivos definidos para o Ensino Clínico, descrevo e analiso as atividades desenvolvidas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito da ESMO. No ponto quatro teço as considerações finais. Termino com as referências bibliográficas do relatório, tendo em conta as normas APA.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O grande desafio para a enfermagem, enquanto ciência, é o seu reconhecimento como disciplina autónoma, centrando-se na qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos e seus familiares, individualmente e em comunidade. Assim, cabe aos enfermeiros a assunção de um papel pró ativo na produção de conhecimento. “A formação em Enfermagem tem enfrentado, desde sempre desafios que a levam mais longe [...] com o reconhecimento como profissão e como disciplina de conhecimento” (Cabete, 2008, p.48). A produção de conhecimento só será uma realidade quando é aliada à reflexão sobre as práticas e quando estas se baseiam na evidência. Neste ponto é feita uma abordagem, tendo em conta a evidência científica, aos conceitos/temas que estão relacionados com a primiparidade tardia.

### **1.1. A gravidez**

A gravidez é um período da vida da mulher e sua família que durante o seu desenvolvimento pode gerar consequências positivas ou negativas do ponto de vista biopsicossociocultural. Lowdermilk (2008) salienta que a mulher deve ser acompanhada, vigiada de modo a que a gravidez progrida de uma forma salutar tanto física como psicologicamente.

A gravidez não engloba só a componente fisiológica. As componentes psicológica, emocional, familiar e económica, assumem um peso importante uma vez que podem levar a várias alterações no decurso do ciclo gravídico (Martins, 2007; Bayle, 2008). Assim sendo, tal período suscita novas adaptações, reorganizações intrapsíquicas e interpessoais (Maldonado, 1997). Ainda neste contexto, Figueiredo (2004) menciona que “estar grávida significa enfrentar um grande número de mudanças a nível biológico, psicológico e social que exigem importantes ajustamentos individuais [...] interpessoais” (Figueiredo, 2004, p.32). Embora as alterações do ciclo gravídico sejam comuns a todas as mulheres, “a maneira como cada uma reage varia de acordo com a personalidade, circunstâncias em que ocorreu a gravidez, relação com o parceiro, repercussões que a nova situação desencadeou [na vida da mulher e família] ” (Bortoletti, 2007, p. 21). Também Leal (2005), refere que as alterações na vida da grávida estão diretamente relacionadas com a estrutura da sua personalidade,

o suporte conjugal, familiar e social, o desejo e o significado da gravidez e, o projeto que a mulher tem sobre a maternidade.

Tornar-se progenitor é uma das etapas de maturação mais importantes da vida adulta uma vez que é um período de intensas aprendizagens, não só para os pais, mas também para todos aqueles que lhes estão próximos, nomeadamente a família (Corbett, 2008). Daí ressalta a importância de cada elemento familiar se ajustar ao seu papel na gravidez (Manning, 2008).

Do ponto de vista biológico, a gravidez tem a duração de cerca de 40 semanas. Na perspetiva psicológica é mais difícil de estabelecer o seu período temporal e nem sempre coincide com o período biológico. Segundo Stern (2006), a gravidez psicológica, geralmente, acontece quando a mulher aceita a gravidez, (quando a mulher começa a fantasiar e imaginar o seu bebé dentro do seu corpo). Algumas mulheres já se sentem grávidas antes mesmo da concepção (quando desperta o desejo pela maternidade) outras só quando sentem o bebé a mexer dentro do seu ventre (Stern, 2006). A gravidez psicológica e a consciencialização da maternidade é fundamental para a construção da sua identidade enquanto grávida e enquanto mãe.

As mudanças provocadas pela gravidez, do ponto de vista psicológico, "representam uma possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominará na relação com a criança" (Maldonado, 1997, p. 27). Klaus & Kennell (1992) referem que esta transição representa um período delicado para saúde mental da mulher, pois conteúdos inconscientes tornam-se conscientes ou aparecerem disfarçados através de sonhos ou sintomas havendo a possibilidade de elaboração de conflitos psíquicos pela mulher e, conseqüentemente, de transformações importantes na sua identidade. Os mesmos autores referem ainda que, de uma forma mais abrangente, a gravidez pode ser entendida como um período de "crise" ou etapa desenvolvimental (terminologia mais recente), independentemente da saúde psíquica da mulher pré gravidez. Etapa desenvolvimental no entender destes autores constitui-se, assim, como momentos críticos na vida dos indivíduos, levando a desequilíbrios súbitos, que em situações favoráveis se traduzem em avanços maturativos na vida dos indivíduos. Estes períodos de crise podem ser entendidos como um momento crítico na vida das mulheres principalmente numa primigesta (as mudanças podem ser sentidas mais intensamente), que se depara com esta situação pela primeira vez (Maldonado, 1986; Klaus & Kennell, 1992) e encara a gravidez com as perdas e



ganhos que estão relacionados às representações dos processos na vida como mãe (Canavarro, 2006; Leal, 2005). Como ganhos destacam-se: a posição da mulher na sociedade e na família, no cumprimento da função feminina de reproduzir e dar continuação à sua espécie e o prosseguimento das gerações futuras. A principal perda diz respeito à limitação da liberdade da mulher, que implica ser responsável por um ser totalmente dependente de si (Leal, 2005). Neste sentido, a gravidez pode ser sentida como uma fase de preparação psicológica e de ajustamento familiar, relacional e social.

A mulher grávida tem portanto, que desenvolver a capacidade de ultrapassar com sucesso estes momentos de “crise” e de se adaptar a todas as etapas desenvolvimentais da gravidez e pós parto, por forma a tornar-se perita nos cuidados ao seu bebé. Estas etapas desenvolvimentais são designadas por Colman & Colman (1994) como tarefas psicológicas e por Canavarro (2001) como tarefas do desenvolvimento. A resolução destas tarefas intrapessoais dá-se num período de tempo, em que a mulher se prepara psicologicamente para o seu papel de mãe, produzindo e fortalecendo o seu projeto de maternidade. Neste sentido, a gravidez são “nove meses de ensaios, ligação, ansiedades, fantasias e reflexões que permite que o projeto de maternidade se continue a construir e a consolidar de forma progressiva” (Canavarro, 2001, p.19).

Durante a gravidez a mulher desenvolve as seguintes tarefas psicológicas (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2006):

- **Aceitar da gravidez**

Uma gravidez planeada e desejada facilitará o processo de aceitação. Este processo de aceitação é importante que decorra sem intercorrências uma vez que haverá muitas mudanças, não apenas internas mas também no seu mundo exterior, socialmente e culturalmente passa a ser tratada de forma diferente, poderá ter outra identidade como a “grávida”.

- **Aceitar a realidade do feto**

Após o processo de aceitação da gravidez, surge a aceitação do feto de uma forma gradual. Esta aceitação implica cumprir alguns pressupostos que promovam o bem-estar fetal e o seu correto desenvolvimento, como sendo: evitar o tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas, não fazer certas atividades físicas que comprometam o desenvolvimento do feto; evitar o stress ou outro tipo de problemas que possam afetar o feto. Para Canavarro (2006), este período da aceitação do feto é fundamental



para o processo psicológico da gravidez, pois é neste momento que a mulher aceita o feto como indivíduo separado dela. Algumas mulheres podem apresentar sentimentos ambivalentes, conflituosos. Sentimentos esses normais para quem está a definir um novo papel.

- **Reavaliar a relação com os pais**

Durante a gravidez os futuros pais podem ter necessidade de ajustar a relação com os seus pais, no sentido de encontrarem o equilíbrio para a aquisição dos novos papéis. Para a grávida a relação com a sua mãe assume um grande significado uma vez que a aceitação da gravidez por parte desta é a aceitação da criança que vai nascer. Nesta etapa também poderão surgir sentimentos diversos como amor, gratidão, mas, também, odio, frustração ou dependência relativamente aos seus pais, dependendo da relação que a mulher tem com estes. Para Colman & Colman (1994), os futuros pais questionam-se sobre a identificação com os seus próprios pais quando eles estão prestes a tornar-se pais também.

- **Reavaliar o relacionamento entre o casal**

Para Colman & Colman, (1994), a gravidez, principalmente do primeiro filho, contribui para que haja uma mudança nos papéis e na identidade do casal, na medida em que vão ter que conciliar os papéis para atenderem as suas necessidades e também as do bebé. Em sintonia com este pensamento, Figueiredo (2000) afirma que, para uma vivência plena da gravidez, o casal deverá ter um grau de maturidade e desenvolvimento emocional, para que a união entre eles possa a ser cada vez mais segura e permita a realização satisfatória dos seus novos papéis. Não se trata só de um homem e uma mulher (casal), mas também de um pai e uma mãe, fortalecendo o vínculo com a entrada de um terceiro elemento – o filho.

- **Aceitar o bebé como pessoa separada**

Sentimentos de ambivalência podem surgir na fase final da gravidez. Por um lado os pais estão ansiosos pela chegada do bebé, para o conhecerem, a mulher pode sentir-se cansada mas também poderá sentir a “pena” do término da gravidez e da separação física entre a mãe e o filho. Neste sentido, o filho deverá ser visto como um indivíduo separado e não a continuidade da mãe (Maldonado, 1986). Canavarro (2006, p. 43) refere que “a tarefa principal consiste assim, em aceitar que, embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, ele existe para além dela e que deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias”.

- **Integrar a identidade parental**

Esta tarefa implica a avaliação de ganhos e perdas da parentalidade e aceitação por parte do casal de todas as mudanças adjacentes (Canavarro, 2006). Se há pais que sentem que esta nova identidade foi o que sempre sonharam, outros há que sentem uma grande mudança tendo em conta a identidade anterior. A adaptação a esta tarefa depende amplamente dos significados atribuídos a estas novas mudanças.

Colman & Colman (1994) referem que a identidade parental é diferentemente alterada dependendo se é uma primiparidade ou uma multiparidade. A mulher trabalha, psicologicamente, a sua imagem ideal de ser mãe, sendo através dessa imagem que cria a sua identidade materna (Mercer, 2004). Apesar de a gravidez ser vivenciada de forma singular, há algumas características comuns a todas as grávidas e gravidezes como: as mudanças no corpo, as alterações hormonais, emocionais, a mudança na sua identidade e no seu papel social.

## **1.2. Primiparidade Tardia**

A primiparidade tardia pode ser definida a partir do conceito de gravidez tardia. A definição de gravidez tardia não é consensual. Alguns autores estabelecem o limite de 35 anos de idade materna (Goncalves & Monteiro, 2012; Lima, 2010; Parada & Tonete, 2009; Andrade, 2004), para outros autores, poderá mesmo ser os 40 anos ou até mesmo 45 anos de idade (Chan & Lao 2008; Callaway; Lust & McIntyre, 2005). Estes últimos salientam que a “faixa etária de 40 anos e mais define o termo [maternidade tardia] de forma mais adequada, tendo em vista os fatores associados relacionados mais fortemente à saúde da mãe e do recém-nascido nestas idades” (Lima, 2010, p.215).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística e a Fundação Francisco Manuel dos Santos (Pordata, 2015a), relativamente ao enquadramento demográfico da população portuguesa, o índice sintético de fecundidade (numero médio de nados vivos por mulher em idade fértil -15 aos 49 anos) em Portugal, tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Em 1960 era de 3,2 nados vivos e em 2014 de 1,23 nados vivos. Tendo-se verificado 1,21 nados vivos em 2013 sendo o record mínimo do período em análise. Esta diminuição do índice sintético de fecundidade, em poucas décadas, pode trazer problemas sociais e demográficos no que respeita ao nível mínimo de substituição das gerações devido à perda acentuada da

população, em 2010 nasciam cerca de 100.000 crianças, atualmente estamos abaixo das 80.000/ano.

Analisando a fecundidade por grupo etário e comparando 2000 com, 2014 constata-se que desceu no grupo etário dos 15 aos 19, mas aumentou nos grupos etários situados entre os 30 e os 49 anos, ou seja nos grupos etários mais avançados (Pordata, 2015b).

Da análise da taxa bruta de natalidade (numero de nados vivos por 1000 habitantes, num determinado período de tempo, relativamente à população média desse mesmo período) em Portugal salienta-se a descida drástica, de 24,1‰ em 1960 para 7,9 ‰ em 2014 (Pordata, 2015c).

Como já referido a realidade da população portuguesa tem sofrido alterações. Fatores como a idade média do casamento e a idade da mãe aquando do nascimento do 1º filho, a divorcialidade e a conjugalidade, a educação das crianças, a igualdade de géneros, revelam mudanças acentuadas ao nível do funcionamento familiar, da fecundidade da mulher e da nupcialidade da nossa população. Já Gomes em 2008 (p.101) citando outros autores, havia referido que entre as razões para o adiamento da maternidade encontram-se

a ampla disponibilidade de métodos contraceptivos, a postergação do matrimônio, a maior incidência de divórcios, o desejo de atingir um nível educacional e profissional mais elevado, de conquistar estabilidade e independência financeira, e o aprimoramento de técnicas de fertilização artificial (Tarin, Brines e Cano, 1998; Zavaschi, Costa, Brunstein, Kruter e Estrella, 1999).

Para Leal e Pereira (2005) a política de planeamento familiar implementada é um dos fortes motivos, transversal a vários estudos, que levam ao adiamento da maternidade, ao controle sobre a sua função sexual, sobre a sua sexualidade e a sua vida.

A instabilidade económica e financeira, o desemprego dos jovens e a incerteza quanto ao futuro também são fatores importantes na postergação da parentalidade e número de filhos. Neste sentido Andrade (2010) refere que as mudanças sociais atuais da transição para a idade adulta (nesta transição está inerente a atividade profissional e constituição de uma família) tendem a ocorrer mais tardiamente pela instabilidade profissional e pela dificuldade dos jovens na inserção no mercado de trabalho, o que se repercute na idade para a constituição de uma família própria, ficando assim o papel parental adiado. Assim, e neste sentido, a gravidez é adiada

para posteriormente ser vivenciada por muitas mulheres como um rito de passagem para a vida adulta (simbologicamente). Num estudo levado a cabo por Nilsen e Cols (2013) é salientada a dificuldade em manter os relacionamentos estáveis ou encontrar um parceiro que partilhe o mesmo estilo de vida. Estes também poderão ser fatores que interfiram no adiar da maternidade.

Faria (2012) refere que “a importância crescente da mulher no mercado de trabalho e as metas profissionais para a autorrealização” (p.10) são apenas alguns dos motivos para o adiamento da maternidade. Mudanças na sociedade contemporânea levaram inevitavelmente à mudança no estatuto da mulher. Esta, atualmente, trata não só dos filhos como contribui também para o sustento da família (Parada & Tonete, 2009).

O ato de engravidar deixou, na sociedade atual, de ser um ato natural. É cada vez mais pensado, mais refletida a tomada de decisão, representando esta um grande passo e revestindo-se de muita complexidade para os futuros pais sendo, neste sentido, muitas vezes alvo de cuidados médicos e psicológicos (Leal, 2005). Leal (1992, 2005) refere que, muitas vezes, o projeto de maternidade fica comprometido pela existência de doenças crónicas mas, por vezes, mesmo não havendo doenças as situações efetivas, socioeconómicas ou temporais acabam por atrasar este projeto. A infertilidade pode também estar associada à Primiparidade Tardia pois casais inférteis têm, hoje em dia, a possibilidade de alcançar, mais facilmente, uma gravidez em idade materna avançada, após tratamentos de reprodução medicamente assistida (Guedes, 2013).

A gravidez no limite da idade fértil é por si só fator de risco obstétrico (Faria, 2012,p.10). Guedes (2013,p. 280) refere mesmo ser “uma preocupação emergente do ponto da saúde pública”. Outros autores como Blickstein (2003), citado por Gomes (2008), defende que a idade materna só deve ser entendida como risco se tiver um efeito cumulativo com outros fatores de risco, como sendo as doenças prévias à gravidez. No entanto salienta ainda que nesta faixa etária há, tendencialmente, um maior número de consultas e procedimentos pré-natais (biopsia das vilosidades coriônicas e a amniocentese) uma vez que a probabilidade de cromossomopatias fetais aumenta de forma acentuada após os 35 anos de idade.

Gomes (2008, p.100) define-se a gravidez de alto risco tendo em conta fatores pré gravídicos (idade materna, doença materna, origem étnica, história familiar e doenças hereditárias e problemas de consanguinidade) e fatores gravídicos (alfa feto

proteína muito alta ou baixa, infecção materna, hipertensão, diabetes gestacional, exposição a agentes teratogénicos ou alterações cromossómicas). Das implicações obstétricas salientam-se o descolamento da placenta normalmente inserida, placenta prévia, restrição crescimento fetal, trabalho de parto prematuro, trabalho de parto prolongado, sofrimento fetal (Bayrampur et al,2012; Carvalho e Araújo, 2010; Parada & Tonete, 2009) e gravidez múltipla muitas vezes associada às técnicas de reprodução medicamente assistida. Já no puerpério as complicações mais comuns, são quadros hemorrágicos com aumento da atonia uterina nas primíparas tardias (Carvalho e Araújo, 2010; Parada & Tonete, 2009; Lampinen, 2009).

A gravidez não pode ser considerada (ou não) de risco tendo em conta só componente física e estudada com base numa abordagem biomédica, que negligencia a compreensão dos contextos que a enquadram e das suas implicações na adaptação psicossocial dos casais (Gomes, Donelli, Piccinini & Lopes, 2008).

Do ponto de vista emocional, no processo de transição para a parentalidade na gravidez em idade avançada, destacam-se aspetos facilitadores como sendo maior maturidade, melhores condições de saúde mental, menor medo de ficar sem ajuda e de perder o controlo durante o parto (Postmontier,2002; Windridge e Berryman,1999; Stark, 1997). Como aspetos dificultadores destacam-se a disposição física reduzida, menos atitudes positivas em relação à maternidade e mais ansiedade em relação ao cuidado com a criança no período pós parto; destaca-se ainda “sentimentos mais frequentes” de que o bebé corre risco de vida, mais sentimentos de culpa, maior resistência à mudança e maiores problemas de adaptação à maternidade (DeVore 1983; Reece,1993; Windridge e Berryman,1999; Rendel,1993) (Gomes, 2008, p.101).

Postmontier (2002) citado por Gomes (2008) salienta que a “segurança financeira, e a maior maturidade podem garantir uma melhor qualidade à parentalidade”, por sua vez, o “apoio social inadequado, a alta exigência sobre si mesmas como mães e uma baixa satisfação com a parentalidade justificariam a necessidade de intervenção” (p.103), sendo este um dos contextos em que o EEESMO deve intervir por forma a facilitar a transição para a primiparidade tardia.

### **1.3. Transição: processos e mudanças à luz da Teoria de Afaf Meleis**

A enfermagem, enquanto ciência, assenta num suporte teórico, com conceitos e metodologias, que favorecem a tomada de decisão e o pensamento crítico,

assumindo-se como um fio condutor para a prática da profissão de uma forma estruturada, sólida e autónoma.

O referencial teórico escolhido, para sustentar o tema, foi a Teoria das transições de Meleis (2000). Afaf Meleis, desenvolveu uma teoria de médio alcance que aborda uma problemática que é central para a enfermagem (a transição) e que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante estas situações de stress. A transição é a passagem de uma fase ou estado para outro que pode provocar alterações no estado de saúde, no papel das relações, nas expectativas ou competências. As transições, que podem ser consideradas relevantes para a enfermagem enquanto profissão, segundo Meleis e Schumacher (2010), podem ser desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença ou organizacionais.

Os enfermeiros são cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, auxiliando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. A compreensão dos processos de transição traduz-se no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem dirigidas ao utente/ família (Meleis,2000).

A transição para a parentalidade distingue-se das restantes transições porque o compromisso de tornar-se pai e mãe é irreversível. Esta transição é entendida por Meleis (2000) como uma transição desenvolvimental, pois ocorre durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos.

De acordo com Meleis (2007), a forma como as pessoas se adaptam à transição para a parentalidade, influenciam não só a sua saúde e bem-estar como a de toda a família. É importante que os enfermeiros definam intervenções facilitadoras que permitam o utente/família ultrapassarem a transição de forma saudável. Os enfermeiros podem pois intervir no sentido do desenvolvimento das competências parentais. O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante o processo de parentalidade, na busca de uma transição feliz e bem-estar emocional (Martins, 2008). A transição para a maternidade/ parentalidade é um processo de transformação, crescimento, maturidade individual, conjugal, familiar e social, sendo descrita pelas mães e companheiros como contendo momentos de confusão e desequilíbrios mas também de felicidade e satisfação.

Na opinião de Meleis et al (2000) os enfermeiros podem influenciar processos de transição, tendo ações interventivas e continuadas ao longo do processo, centradas na pessoa e nas suas necessidades, facilitando a aprendizagem das novas competências, promovendo a capacitação e respostas saudáveis a quem vivencia as transições. Meleis et al (2000) refere ainda que a gravidez e a maternidade são duas situações de grande vulnerabilidade no ciclo de vida da mulher e que a intervenção do enfermeiro neste processo de transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Ao ajudar a lidar com a transição promove-se o bem-estar, desenvolvimento de competências - mestria. Em suma, promover o conhecimento é dar poder àqueles que o desenvolvem, que o usam e os que usufruem dele (Meleis et al, 2000).

O conceito de transição encontra-se diretamente ligado à mudança e ao desenvolvimento, e as respostas a essas transições refletem-se nos padrões de saúde das pessoas (Meleis, 2010). Em resumo, as transições devem ser vistas como momentos positivos, uma vez que as pessoas atingem um nível de maior estabilidade relativamente ao estado anterior e passaram pela oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment* (Meleis, 2010).

#### **1.4. Contributo do Enfermeiro Obstetra nos processos de transição para a parentalidade**

A transição do enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista implica, além das aquisições técnicas e científicas que permitem a compreensão abrangente da pessoa e dos processos de saúde/doença, a prestação de cuidados de enfermagem com um elevado padrão de qualidade direcionados para as necessidades das pessoas (Leite, 2006). Phaneuf (2005) vai de encontro ao referido quando descreve as competências clínicas dos cuidados de enfermagem como sendo:

o conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos e organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência (p.4).

O desenvolvimento de competências na prática clínica (aperfeiçoamento do julgamento clínico, tomada de decisão e implementação de intervenções de



enfermagem) deverão ser baseadas em conhecimentos científicos sólidos e atuais resultantes da investigação (OE, 2010). O perfil de competências específicas do EEESMO, definido no regulamento n.º 127/2011, de 18 fevereiro, refere que a mulher, no âmbito do ciclo reprodutivo, é considerada como alvo de cuidados do EEESMO, e que deve ser entendida numa perspetiva individual e também considerando as relações e interações com os conviventes significativos, família e comunidade.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011b) a missão do EEESMO passa por assegurar os cuidados especializados onde os clientes se encontrem (domicílio, comunidade, instituições de saúde, p.ex.) e “garantir a acessibilidade, contribuir para a satisfação dos clientes, produzir ganhos em saúde [...] promover a autonomia das decisões [...] a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados, por exemplo, [...], trabalho de parto e parto” (p.2).

Os EEESMO prestam cuidados à mulher e família nos mais diversos contextos e nas diferentes fases do seu ciclo de vida (OE, 2010). A transição para a parentalidade, é uma fase de grande instabilidade e vulnerabilidade dos casais. A forma como estes se adaptam pode trazer repercussões na saúde e bem-estar do RN, casal e restante família. Faz parte integrante das competências do EEESMO apoiar os casais e famílias durante este processo de transição e de adaptação à parentalidade, de forma a potenciar a saúde e bem-estar de todos os elementos envolvidos (OE, 2010). Desta forma constata-se que a intervenção do EEESMO pode ser crucial para a otimização da adaptação da parturiente/convivente significativo/família à nova fase que estão a vivenciar, devendo ser capaz de prestar cuidados individualizados e adaptados às características pessoais, sociais e culturais de cada família (Manning, 2008).

A intervenção do EEESMO é importante não só no desenrolar do trabalho de parto e parto mas também no período pré e pós natal. No período pré-natal destaca-se a vigilância da gravidez, a preparação para o parto e parentalidade, a promoção de estilos de vida saudáveis, o despiste precoce de sinais e sintomas de complicações dando especial atenção aos estados emocionais do casal grávido (competência H2) garantindo a segurança da mãe e do feto. A abordagem efetuada nos cursos de preparação para o parto/parentalidade, e a interação entre as mulheres, permite a criação de redes de apoio, bem como o desenvolvimento de habilidades, podendo contribuir para capacitar as mulheres para a gestão dos sintomas somáticos e ajudar



o pai a tornar-se num parceiro ativo neste processo de transição (Graça, 2011). No período pós natal é da competência do EEESMO cuidar da mulher e família, potenciando a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (competência H4). Graça (2011) citando Mercer (2004) refere que a mulher procura aprender a cuidar da criança e de si mimetizando os comportamentos de peritos, até encontrar formas particulares de lidar com o novo papel parental. O EEESMO assume-se assim como um recurso diferenciado, com formação específica e reconhecida na área, na elaboração de projetos baseados na evidência, por forma a contribuir e promover uma transição saudável. A par da informação devem-se dinamizar estratégias que favoreçam a gestão do stress decorrentes das alterações na transição para a nova etapa da vida (Graça 2011).

Carolan (2007) no seu estudo revelou que as primíparas tardias adquirem mais informação do que as mais novas, dando mais valor à informação com conteúdo científico, fornecida pelos profissionais de saúde. No entanto, nem sempre conseguem compreender nem pôr em prática essas informações que adquiriram. As parteiras que participaram neste estudo referiram também considerar que a procura e aquisição de informação não dirigida provocava ansiedade nas grávidas. Assim, é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO possam ajudá-las a interpretar e compreender a informação que obtiveram, numa linguagem perceptível pelas mesmas (Carolan 2008) e que forneçam também informações positivas e realistas relacionadas a gravidez tardia, uma vez que estas primíparas tendem a descorar os aspetos naturais da maternidade (Carolan, 2007). Num estudo desenvolvido por Carolan (2008) verificou-se haver interesse por parte das enfermeiras e parteiras em diminuir as preocupações das grávidas, dando exemplos do dia-a-dia, explicando as estatísticas sobre os riscos (diminuindo as preocupações no que se refere à avaliação subjetiva das grávidas), abordando a gravidez como um acontecimento natural.

Neste sentido, as primíparas tardias necessitam de ajuda dos enfermeiros para a desconstrução de dúvidas e preocupações relativamente às competências parentais, nomeadamente o fornecer informação de qualidade, em tempo oportuno, e ajudá-las a desenvolver competências para satisfazerem as suas necessidades (Carolan, 2007), deve ser valorizado igualmente a personalidade de cada grávida, uma vez que esta vai afetar o modo como se processa a transição para a

parentalidade. A grávida deve sentir-se como ser único, alvo de cuidados individualizados e personalizados, respeitando os seus direitos, necessidades e emoções.

## 2. METODOLOGIA DE TRABALHO

Para a elaboração deste relatório foi utilizada a metodologia de projeto. Esta marcou o início de um percurso que pressupôs um novo conceito de aprendizagem onde me considero um agente dinâmico, criador e suscetível de construir o meu processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Foi uma metodologia que se aplicou num processo contínuo e interativo, que apelou à organização e que exigiu da minha parte uma adaptação permanente à realidade durante o meu percurso como aluna do CMESMO. Na minha opinião este tipo de metodologia constitui uma mais-valia no processo ensino-aprendizagem.

Iniciei este percurso com a elaboração de um projeto individual onde foi definida e contextualizada a problemática que me orientou ao longo de todo o meu percurso de estágio.

A gravidez é uma experiência gratificante e ao mesmo tempo exigente, um período de transição na qual ocorrem alterações a nível hormonal, físico, emocional e social (Colman & Colman, 1994; Cordeiro, 1998; Maldonado, 1985, cit. por Correia, 2005) e que é vivenciada de diferentes formas pelas mulheres, tendo em conta a vários fatores como a personalidade, a conjugalidade, o suporte familiar e social e o seu projeto de maternidade. O adiamento do nascimento do primeiro filho pode acarretar consequências pessoais, familiares e sociais ainda maiores. Lampinen (2009) refere que as mulheres que engravidam após os 35 anos têm problemas e preocupações aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos. Neste sentido cresceu o interesse por esta temática, que ultrapassa a questão meramente biológica. Assim formulei a seguinte questão de pesquisa para a realização da revisão da literatura, tendo em conta o método PICO:

**• Quais os contributos do Enfermeiro Obstetra para a promoção da transição para a parentalidade saudável na primiparidade tardia?**

**P** (população) – Enfermeiro Obstetra;

**I** (fenómeno de interesse) - intervenções do Enfermeiro Obstetra para a promoção da transição para a parentalidade saudável;

**Co** (contexto) – primiparidade tardia.

Como estratégia de pesquisa, usei a metodologia da RSL com recurso a pesquisa bibliográfica nas bases de dados B-ON, EBSCO HOST (MEDLINE with full text, CINAHL Plus With full text, Medclatina, Health Technology Assessments,

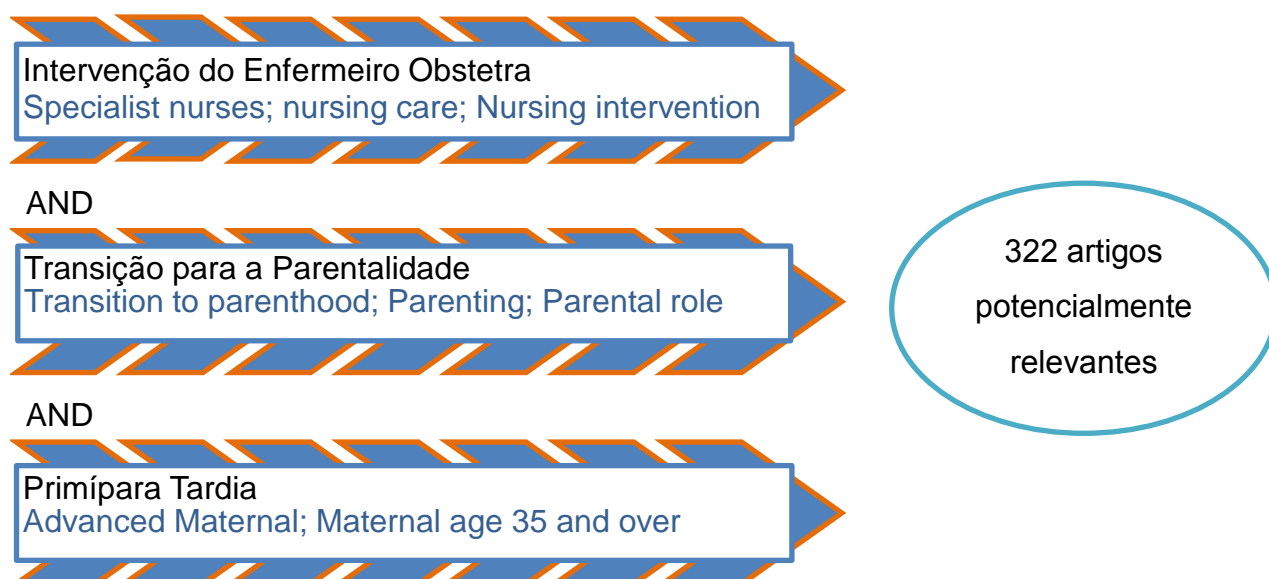
Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection) Scielo e RCAAP sobre a problemática em análise. Foram utilizados também critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos.

**Tabela 1** Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a selecionar para a revisão da literatura.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.</li> <li>✓ Artigos publicados até 2016.</li> <li>✓ Artigos disponíveis e completos nas bases de dados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Artigos repetidos nas bases de dados.</li> <li>✓ Artigos cuja temática não se enquadra no tema em estudo.</li> </ul>

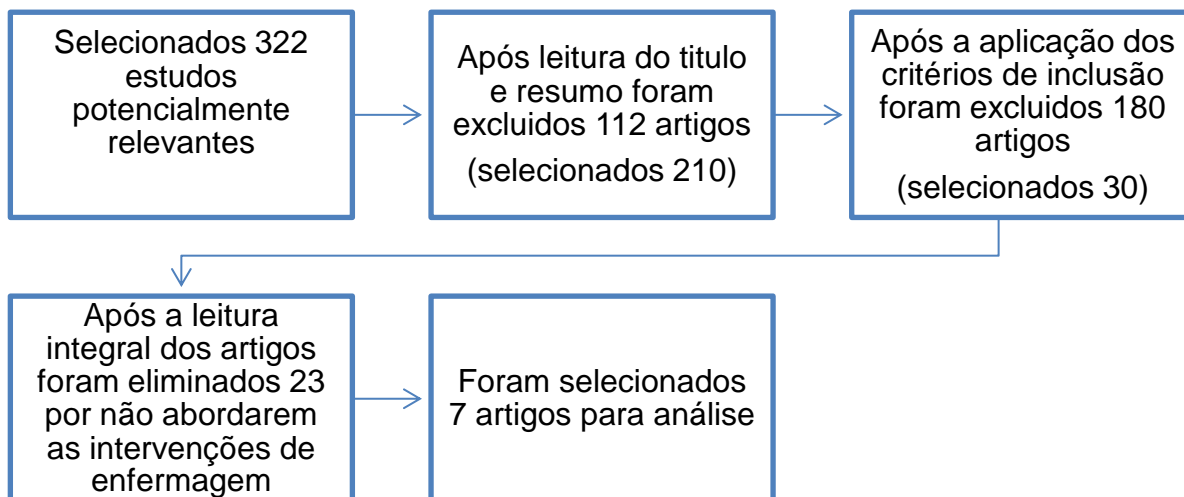
As expressões utilizadas como descritores de pesquisa foram: intervenção enfermeiro obstetra, primípara tardia e transição para a parentalidade, de forma a abranger um maior número de estudos foram utilizados sinónimos/termos correspondentes na língua inglesa: specialist nurses; nursing care; nursing intervention; advanced maternal age; maternal age 35 and over; transition to parenthood; parenting; parental role. Os descritores foram relacionados entre si com os operadores booleanos OR e AND, como esquematizado no fluxograma 1.

**Fluxograma 1** - Representação das expressões utilizadas como descritores de pesquisa.



A seleção dos artigos está esquematizada no fluxograma 2.

**Fluxograma 2** - Representação da seleção dos artigos para a revisão da literatura



Na tabela 2, que se inicia na página 30, são apresentados os 7 estudos selecionados com a identificação do autor, ano e país do estudo, os objetivos, os participantes/contexto, intervenção, método de análise e os principais achados relacionados com a questão de pesquisa.

Ao longo da minha intervenção no EC “Estágio com Relatório” pretendi, além da aquisição e desenvolvimento das competências descritas no plano de estudos do CMESMO, compreender quais as razões que levaram à primiparidade tardia, que intervenções do enfermeiro obstetra foram valorizadas pela primípara tardia e quais as vivências das primíparas tardias na transição para a parentalidade. Neste sentido, elaborei um “Guião orientador de colheita e registo de dados” para ser utilizado ao longo do estágio (apêndice I). A sua elaboração foi o culminar de todas as experiências vivenciadas ao longo dos anteriores EC do CMESMO. Revelou-se um instrumento muito útil pois, além de me orientar nas conversas informais com as parturientes a quem prestei cuidados no bloco de partos, facilitou a caracterização dessas mulheres.

Ao longo do EC, logo no início do turno, procurava selecionar as parturientes com 35 ou mais anos e que estivessem a passar pela primeira vez pelo processo do nascimento, numa gravidez com viabilidade. A recolha de dados foi feita por

observação direta das parturientes e anotações/ descrições, o mais fiel possível, no guião de colheita e registo de dados, aproveitava para fazer os registos ainda no decorrer das intervenções, para que a informação registada fosse fiel e consistente com o que estava a ser transmitida pelas mulheres. Após a colheita de dados procedi à organização dos mesmos. Em seguida, após estarem organizados, foram analisados e agrupados em categorias, subcategorias e unidades de significação (Apêndice II).

Saliento que informava sempre as parturientes tardias sobre o tema do meu relatório e pedia permissão para proceder aos registos sobre o que Elas iam dizendo. O REPE, definido no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p. 2961). Assim, os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar, respeitar e promover ativamente os direitos de saúde dos indivíduos, com a garantia de que os clientes recebem e compreendem a informação, por forma a consentirem os procedimentos, incluindo a participação em estudos (ICN, 2011).

De referir ainda que em todos os registos efetuados, quer no livro de curso, quer no guião orientador de colheita e registos de dados, garanti a confidencialidade e o anonimato das parturientes.

Promovi também, junto da equipa de enfermagem, momentos de reflexão sobre as especificidades da maternidade tardia, identificando quais as dificuldades, limitações e barreiras no cuidado abrangente a este grupo de mulheres.

No sub-ponto 3.2 são confrontados os dados colhidos na revisão da literatura com os dados obtidos no decorrer da minha experiência no EC. Os dados colhidos da análise da literatura foram importantes para a prática clínica (prática baseada na evidência) uma vez que permitiu uma intervenção mais dirigida às necessidades das primíparas tardias. Permitiu também, como anteriormente mencionado, uma sensibilização da equipa aproveitando a altura da passagem de ocorrências como momento de excelência para a formação aos pares sobre questões relacionadas com a primiparidade tardia.

**Tabela 2** – Apresentação dos artigos seleccionados para a revisão da literatura

<b>Estudos primários<sup>1</sup></b>	<b>Objetivos</b>	<b>Participantes/ contexto</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Aspetos metodológicos</b>	<b>Principais Achados com relevância para a questão de pesquisa</b>
<p>Carolan (2003)</p> <p>Austrália</p>	<p>Conhecer as experiências das primíparas tardias na transição para a maternidade.</p>	<p>20 Primíparas com idade superior a 35 anos</p>	<p>Conhecimento das experiências das primíparas tardias no processo de transição para a parentalidade,</p>	<p>Estudo longitudinal qualitativo.</p> <p>Colheita de dados por entrevista estruturada.</p> <p>Dados qualitativos foram analisados de acordo com a análise temática de conteúdo.</p>	<p>Primíparas tardias tiveram relutância em fazer perguntas às parteiras ou médicos, porque elas sentiam que deviam saber as respostas.</p> <p>Há ampla evidência para sugerir que a transição para maternidade entre primigestas, é repleta de dificuldades, incluindo o aumento da incidência de depressão pós-parto e internamento clínico para a mãe e bebé.</p> <p>A transição para a maternidade, neste grupo, é muito mal atendida e complicada pela falta de reconhecimento das dificuldades inerentes à parentalidade uma vez que há a expectativa de que a maternidade é um processo natural e o papel parental é instintivo.</p> <p>As primíparas tardias têm necessidades clínicas e educacionais específicas que devem ser trabalhadas na obstetrícia de futuro.</p>

<sup>1</sup> A identificação completa destes estudos encontra-se no ponto das “Referências Bibliográficas”.

<p>Carolan (2007)</p> <p>Austrália</p>	<p>Avaliar as experiências de um grupo de mães primíparas com idade superior a 35 anos.</p>	<p>22 Mulheres, mães pela primeira vez, cujo parto ocorreu numa maternidade Australiana.</p>	<p>Conhecimento sobre experiências maternas, nas primíparas tardias, e reformular programas educacionais para este grupo.</p>	<p>Estudo longitudinal, Entrevistas em profundidade.</p> <p>Dados qualitativos foram analisados de acordo com a análise temática de conteúdo.</p>	<p>Adiamento da gravidez por motivos profissionais.</p> <p>Projeto da gravidez com início antes da concepção.</p> <p>Procura intensiva de informação/ aquisição de conhecimento, com consulta bibliográfica e sessões com a enfermeira especialista no curso de preparação para o parto.</p> <p>Estas mulheres precisam de apoio de enfermagem adicional durante a gravidez tardia e o pós parto.</p>
<p>Ahldén (2008)</p> <p>Suécia</p>	<p>Descrever as percepções das parteiras e obstetras que realizam assistência pré-natal, na Suécia, relativamente à educação para a parentalidade.</p>	<p>25 elementos (13 parteiras e 12 obstetras).</p>	<p>Descrição das percepções das parteiras e médicos obstetras que realizam assistência pré-natal às grávidas, na Suécia, relativamente à educação para a parentalidade.</p>	<p>Estudo fenomenológico.</p> <p>Entrevistas com perguntas abertas em grupo.</p>	<p>Durante a gravidez, dos cuidados pré natais devem fazer parte integrante as sessões de educação para a parentalidade pois são considerados uma parte importante da transição para a parentalidade.</p> <p>Os programas de educação parental devem aplicar-se não só a mulheres mas também a homens, para promover a consciência do papel do pai como elemento ativo na educação, estabelecendo padrões e promover o desenvolvimento emocional.</p>
<p>Teeffelen (2011)</p> <p>Holanda</p>	<p>Explorar as opiniões das mulheres grávidas de baixo risco sobre a preferência do apoio psicossocial das parteiras durante a</p>	<p>21 Participantes</p>	<p>Compreensão dos motivos de preferência no apoio psicossocial das mulheres grávidas de baixo risco.</p>	<p>Estudo qualitativo.</p> <p>Entrevistas</p> <p>Análise temática de conteúdo.</p>	<p>As grávidas queriam suporte de informação e emocional das suas parteiras na abordagem relativa às mudanças psicológicas e físicas durante a gravidez.</p> <p>Durante a transição para a maternidade as mulheres grávidas querem ter um apoio atento, pró-ativo, profissional, psicossocial de parteiras. Elas esperam que as suas</p>



	sua transição para a maternidade.				parteiras as supervisionem no período de transição e as apoiem em lidar com as mudanças na gravidez e na preparação para o parto e para a maternidade.
Cooke (2012)  Reino Unido	Compreender os fatores que influenciam as decisões das mulheres em terem filhos mais tarde e explorar as suas experiências e percepções dos riscos associados.	18 mulheres com 35 ou mais anos, divididas em três grupos (6 mulheres sem filhos que não estavam grávidas, 6 mulheres grávida de seu primeiro filho e 6 mulheres, sem filhos, que frequentam uma clínica de fertilidade).	Compreensão dos fatores que influenciam as decisões das mulheres em terem filhos mais tarde e explorar as suas experiências e percepções sobre os riscos associados à primiparidade tardia.	Estudo fenomenológico  Entrevistas semiestruturadas.  Dados submetidos a análise temática de conteúdo.	As mulheres raramente fazem uma escolha consciente para adiar a gravidez (relacionamento saúde e fertilidade), o que vai contra ao pensado pelos profissionais de saúde e comunicação social.  Necessidade de eliminar ideias pré concedidas sobre a primiparidade tardia. Os enfermeiros obstetras devem fornecer às mulheres a informação adequada, e de forma adequada sobre os riscos e benefícios da primiparidade tardia, tendo em conta as percepções das mesmas sobre o risco, a fim de lhes proporcionar apoio e melhores cuidados.
Guedes & Canavarro (2014 a)  Portugal	Descrever as características sociodemográficas e conjugais dos casais portugueses que experimentaram o primeiro parto em idade materna avançada; comparar as características reprodutivas de ambos os grupos e distinguir entre os	128 casais em idade materna avançada e 122 no grupo de comparação cuja vigilância da gravidez decorreu num hospital central.	Descrição e comparação das características sociodemográficas e características reprodutivas no grupo, mulheres em idade avançada e grupo de comparação.	Investigação longitudinal contínua.  Colheita de dados realizada com questionário por amostragem consecutiva.  Para análise dos dados utilizou-se a versão 2.0 do SPSS. Utilização de estatística descritiva	Casais cujo parto ocorreu em idade avançada constituem um grupo heterogêneo, que inclui subgrupos distintos com necessidades psicossociais diferentes durante a transição para a parentalidade. Devem-se evitar visões estereotipadas sobre esses casais; as políticas sociais de proteção devem ser melhoradas; e os profissionais de saúde devem assumir atitudes sem julgamento e promover decisões reprodutivas informadas. Programas psicoeducativos relativos à transição para a parentalidade em especial nos casais que experimentam primeiro parto em idade materna avançada.

	diferentes subgrupos de casais as variáveis sociodemográficas, e características reprodutivas.			para caracterização das amostras.	<p>Normalização do processo de engravidar em idade materna avançada, utilizando uma abordagem holística que integra os riscos e os comportamentos promotores de saúde, para melhorar a sensação de controle e bem estar dos casais.</p> <p>Os programas de preparação pré-natal devem ser adaptados às necessidades psicossociais específicas dos diferentes subgrupos de casais que experimentam o primeiro parto em idade materna avançada. Resolução de problemas e estratégias que podem facilitar a conciliação entre trabalho e família também devem ser reforçados, especialmente entre casais que mostram realidades familiares complexas e/ou são caracterizados por estilos de vida independentes.</p>
Guedes & Canavarro (2014 b) Portugal	Descrever o ajustamento psicossocial das mulheres primíparas em idade avançada e dos seus parceiros em comparação com os seus homólogos mais jovens a partir do terceiro trimestre da gravidez até seis meses após o parto.	58 casais no grupo de idade materna avançada e 41 casais no grupo de controle com vigilância da gravidez num hospital central.	Descrever e comparar o ajustamento psicossocial das mulheres primíparas em idade avançada e dos seus parceiros em comparação com os seus homólogos mais jovens a partir do terceiro trimestre da gravidez até seis meses após o parto.	<p>Estudo longitudinal</p> <p>Colheita de dados realizada com questionário por amostragem consecutiva.</p> <p>Para análise dos dados utilizou-se a versão 2.0 do SPSS. Utilização de estatística descritiva para caracterização das amostras.</p>	<p>Os profissionais de saúde devem evitar visões estereotipadas e normalizar o ajustamento psicossocial sobre a transição para a parentalidade em casais com idade materna avançada sendo que, também, nesta fase do ciclo de vida os transtornos psicossociais são compartilhados por todos os casais que fazem a transição para a parentalidade pela primeira vez.</p> <p>As intervenções pré-natais devem promover expectativas realistas sobre as exigências da maternidade, especialmente entre casais anteriormente inférteis.</p>

### **3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Os EEESMO são profissionais altamente qualificados para a prática da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, estando as suas competências e autonomia legalmente suportadas e explicitadas no REPE, na Lei 9/2009 de 4 de Março enunciadas no artigo 39, e no Regulamento 127/2011 de 18 de Fevereiro.

De acordo com o Código Deontológico, os enfermeiros devem atuar com responsabilidade na sua área de competências, sabendo reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde e respeitando os limites impostos pelas áreas de competências de cada uma.

As alterações constantes sentidas a nível da formação académica e profissional, fazem com que o desenvolvimento seja cada vez mais complexo e diferenciado na prática profissional, exigindo assim um espírito de mudança e abertura constantes capazes de produzir renovação de conhecimentos e experiências. Importa pois ao enfermeiro ser capaz de estar aberto às mudanças, procurando não lhes resistir mas sim compreendendo-as de modo a ter capacidade crítica de questionamento que o torne apto a agir perante novos contextos. Neste sentido, Tanner (2006) citado por Lasater, definiu julgamento clínico como “uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde dos pacientes, e/ou a decisão de agir (ou não), usar ou modificar abordagens padrão, ou improvisar novos, conforme apropriado pela resposta do paciente” (Lasater, 2011, p 204).

A formação em enfermagem teve sempre uma ligação ao contexto de trabalho dando-lhe assim um cariz muito prático. No domínio da saúde, também as transformações acontecem rapidamente a nível do saber e do saber fazer levando a repensar a necessidade do processo formativo e do trabalho, conferindo competências essenciais aos profissionais.

O Enfermeiro especialista, tendo como alicerce uma prática baseada nos conceitos fundamentados, no raciocínio crítico e na evidência demonstrada cientificamente, coloca os cuidados prestados num lugar de destaque, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos clientes. Oliveira & Serrazina (2011) referem-nos que a reflexão pode abrir novas possibilidades para a ação e conduzir a mudanças na

prática podendo ainda potenciar a transformação que se deseja e que se é capaz de fazer com os outros.

De acordo com Meleis (2010), é importante um orientador que apoie os enfermeiros durante as transições profissionais. Os orientadores experientes servem de guia e/ou modelos durante a transição situacional dos seus aprendizes, facilitando a incorporação do seu novo papel. A realização deste EC supervisionado por um enfermeiro perito na área foi um elemento facilitador do desenvolvimento de várias competências a que me propus.

O contexto onde decorreu o EC foi no Bloco de Partos de um hospital público da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Este serviço tem como missão prestar cuidados a mulheres com necessidade urgentes do foro ginecológico, a grávidas com patologia e/ou em trabalho de parto e a mulheres até aos 28 dias de puerpério. Está organizado em três setores de prestação de cuidados, um correspondente à urgência ginecológica e obstétrica propriamente dita (com gabinetes de observação, sala de CTG, sala de ecografia, bloco operatório e recobro), outro correspondente ao bloco de partos (7 salas de parto) e um terceiro respeitante aos blocos operatórios (2 salas de cesarianas) e respetivo “recobro”.

As utentes chegam à “urgência obstétrica e ginecológica” vindas do domicílio ou transferidas de outras unidades hospitalares. São admitidas no setor do bloco de partos, propriamente dito, as utentes vindas da urgência obstétrica e ginecológica e as utentes que são transferidas do internamento de grávidas, por necessitarem de uma vigilância mais acentuada, as utentes que estando internadas por patologia ou para indução do trabalho de parto entram em trabalho de parto e as utentes para cesariana eletiva que dão entrada antecipadamente por esse internamento para serem preparadas para a intervenção. No “recobro” são admitidas as utentes que foram submetidas a cesariana e todas aquelas puérperas que por especificidades do parto, necessitem de uma vigilância mais acentuada.

Neste ponto, pretendo abordar as atividades desenvolvidas durante o “Estágio com Relatório” e fazer a análise clara e concisa das mesmas, tendo em conta os objetivos que defini no projeto de estágio e que descrevo na introdução deste relatório. No ponto 3.1 abordo, sobretudo, as atividades que desenvolvi no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de urgência obstétrica ou ginecológica, à mulher/casal em trabalho de parto e ao recém-nascido na

adaptação/otimização à vida extrauterina. No ponto 3.2 abordo as atividades que desenvolvi às mulheres em situação de primiparidades tardia.

### **3.1. Cuidados à mulher/RN e família em contexto de bloco de partos**

Neste ponto pretendo espelhar o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e culturalmente sensíveis promotoras do bem-estar materno-fetal, que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN e família em contexto de Bloco de Partos e de urgência obstétrica e ginecológica.

Prestei cuidados à mulher em contexto de saúde ginecológica como sendo utentes com aborto retido ou em evolução, gravidez ectópica, metrorragias, DIP, entre outros. Assisti e colaborei na realização de histeroscopias em contexto de urgência, para receção de pólipos endometriais e miomas submucosos. Tive oportunidade de colaborar na técnica de várias histeroscopias e fazer os ensinamentos personalizados, tendo em conta a situação clínica das utentes, as patologias associadas, a condição socioeconómica. Aquando da alta das utentes tinha a preocupação de realizar ensinamentos relativos aos cuidados após a alta, sinais e sintomas esperados e os sinais e sintomas de alerta que justificam a vinda novamente ao serviço de urgência.

Colaborei e assisti a curetagens para evacuação uterina, quer por aborto retido quer por restos ovulares retidos na sequência do parto. Lembro-me em especial de uma puérpera, com vinte dias de puerpério, que recorreu ao SUOG por perdas hemáticas em abundante quantidade, ou de uma outra que é transferida do internamento de obstetrícia com um hematoma perineal extenso. Nestas situações, como em tantas outras, foi importante toda a equipa estar disponível para abordagem imediata, com as unidades funcionais de bloco preparadas, para intervenção emergente em qualquer momento. É também importante toda a articulação com o laboratório de análises clínicas e o serviço de imunohemoterapia, sendo a comunicação, entre a equipa de saúde, um elemento chave em todo o processo, uma vez que a resolução das emergências obstétricas (avaliação e deteção precoce do risco – cuidados antecipatórios) envolve conhecimento teórico, habilidades técnicas, capacidade de comunicação e de trabalho em equipa.

A admissão numa unidade de saúde constitui, para a maioria dos utentes, um dos momentos mais importantes, porque representa o início de uma nova experiência num meio que, muitas vezes, lhe é totalmente desconhecido.

O acolhimento feito pelo EEESMO (físico e emocional) é um acontecimento único, pois é o início do processo de interação entre este e a grávida/parturiente/família. A forma como se processa o acolhimento deverá adequar-se às características e necessidades da utente/família a acolher, considerando-os como seres únicos e alvos de cuidados. Para que o acolhimento não acabe no simples ato da admissão é necessário que estejam presentes o respeito e a comunicação. Cada acolhimento deverá ser encarado como um cuidado particular na prática de Enfermagem, devendo assentar numa ação continuada e permanente, onde existem particularidades próprias e únicas.

Cuidar implica disponibilidade, confiança, transmissão de sentimentos entre a pessoa/família cuidada e o enfermeiro numa relação terapêutica. A relação é a base de tudo. A imagem que a grávida/ parturiente/acompanhante têm do enfermeiro que faz o acolhimento perdura e é determinante na elaboração conjunta de um plano de cuidados individualizado e na prestação de cuidados. O relacionamento estabelecido interfere de forma decisiva na confiança que os mesmos depositam no enfermeiro e nos medos e na ansiedade face ao desconhecido.

Tive oportunidade de realizar o acolhimento da parturiente/acompanhante no BP e pude constatar que, quando o turno chegava ao fim e não tinha ocorrido o parto, havia utentes que demonstravam vontade que eu permanecesse até ao parto pois já tinham estabelecido uma relação de confiança comigo.

No contexto da admissão vários foram os desafios que me levaram a adequar a minha intervenção. Recordo-me, em especial, do acolhimento que efetuei a uma parturiente com surdez congénita e a forma como comunicámos e como se desenrolou todo o trabalho de parto e parto.

Durante o acolhimento procurei sempre demonstrar uma atitude de disponibilidade e escuta ativa. Identificava-me como aluna do CMESMO, perguntava qual o nome pelo qual a grávida/parturiente gostava de ser tratada, o nome do convivente significativo bem como o nome do filho, apresentando-lhe o seu quarto e explicando o funcionamento do bloco de partos.

Enquanto falava com a utente procurava colher dados, que me permitiam identificar fatores de risco, intercorrências durante a gravidez e fazer a referência de complicações se existissem (Competência nº3, ICM, 2015).

À medida que procedia à observação materno-fetal, questionava a utente se tinha algum plano de parto (escrito ou mental), se tinha desenvolvido algum curso de preparação para o parto/ parentalidade, se queria fazer contato pele com pele e como pretendia alimentar o recém-nascido. Esta colheita de informação visa a filosofia de cuidados/ assistência centrados numa parceria entre EEESMO/ parturiente/família.

Sempre que a grávida era transferida para Serviço de Medicina Materno Fetal, após elaboração criteriosa dos registos de enfermagem, contactava telefonicamente o EEESMO do serviço e procedia à passagem da ocorrência. Os registos de enfermagem são uma forma de comunicação entre os diversos elementos da equipa de saúde, dado que permitem um conhecimento rigoroso da grávida/parturiente e a continuação dos cuidados, mas para que seja eficaz esta comunicação terá que ser utilizada uma linguagem clara e objetiva. Neste sentido, e como refere ICNP traduzida pela OE (2011a) na CIPE versão 2.0, registar é “descrever: formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito” (p.99). A Enfermagem como ciência deve fazer prova/ mostrar evidência a partir de registos objetivos, percetíveis e legíveis, onde se denote o verdadeiro papel do EEESMO.

O desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais e culturalmente sensíveis relacionados com a prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto era talvez o objetivo que mais me angustiaava. Apesar de trabalhar diariamente num serviço com sala de Partos, toda a vigilância do bem-estar materno fetal, a condução do trabalho de parto, a deteção precoce de complicações e a realização do parto em ambiente seguro eram, sem dúvida, situações que me preocupavam e angustiam.

A necessidade de consultar literatura e de rever procedimentos constantemente, assim como a apreensão de saberes da minha orientadora, culminaram no desenvolvimento, com sucesso, deste EC.

Os cuidados na maternidade visam assegurar uma gravidez fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para todos os intervenientes: mãe, feto e família (Lowdermilk, 2008). A maternidade, segundo Canavarro (2001, p.19), “requer que mais do que desejar ter um filho se deseje ser mãe”. Este processo envolve



sucessivas mudanças e reajustes adaptativos que representam para a grávida um desafio enquanto mulher que se adapta à sua condição de mulher grávida. Neste sentido Maldonado (1982) refere que as gravidezes (primeiras ou subsequentes) representam sempre ajustes e adaptações, uma vez que “a grávida passa do papel de esposa para o papel de mãe [...], mãe de um filho [para] mãe de dois” (p.13).

Sendo a maternidade compreendida como um dos pilares da nossa sociedade moderna, é de extrema importância a promoção da qualidade de vida da grávida/parturiente e família, respeitando a sua dignidade e responsabilizando-os em todo o processo de cuidar, procurando proporcionar uma experiência feliz e gratificante.

Ao prestar cuidados de enfermagem especializados procurei desenvolver competências relacionais por forma a corresponder na plenitude às necessidades da parturiente/ família. Nesta linha de pensamento procurei ter sempre em atenção as questões e as dúvidas colocadas durante o desenrolar do trabalho de parto. A disponibilidade demonstrada e o trabalho em parceria era algo que as parturientes e seus conviventes significativos relatavam com agrado, pois tendo o trabalho de parto momentos de grande tensão sentiam-se mais elucidados, satisfeitos e consequentemente mais seguros.

Por questões de organização do texto optei por abordar a minha intervenção nos quatro estádios do trabalho de parto, fazendo uma análise crítica e reflexiva no seu todo.

Durante o EC tive oportunidade de prestar cuidados a 98 mulheres/ família em trabalho de parto. Na minha opinião os cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto assumem-se de extrema importância e de uma responsabilidade imensa para o Enfermeiro obstetra, com repercussões a vários níveis: pessoal, familiar e social. A presença e o apoio do companheiro faz parte da proposta de humanização da assistência durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996) trazendo benefícios para a sua saúde e a do bebé (Hodnett, 2001), na promoção do vínculo afetivo e na mudança do paradigma do envolvimento gradual dos homens nos cuidados às crianças. Pretende-se que o companheiro passe a ter um papel ativo, interventivo e presente, sendo uma “companhia” e um suporte para a mulher. Este deve ser encarado pelo EESMO como um parceiro, um membro da equipa (OE, 2015). Couto (2013) refere que “ao pedir-se ao marido a sua assistência à mulher durante a



gravidez, parto e cuidados à criança, está a criar-se um elo muito forte entre o casal e entre o pai e filho e isso contribui para uma sociedade mais equilibrada” (p.81). No decurso do EC foi publicado o despacho (n.º 5344-A/2016) em Diário da Republica n.º 76/2016 que autoriza a presença do pai/ pessoa significativa nos nascimentos por cesariana, dando cumprimento assim a uma resolução aprovada pela Assembleia da Republica. Esta deliberação trouxe-me imensa satisfação, como pessoa e como profissional, considerando um “salto gigantesco” no que respeita à igualdade de direito para todos. Até a data não conseguia entender porque é que os acompanhantes podiam assistir às cesarianas quando estas aconteciam nas instituições privadas e não podiam assistir às mesmas nas instituições públicas. Acho que era essencialmente por relutância dos profissionais, que “fugiam” desta situação fundamentando que as instituições não tinham condições ou que os acompanhantes não suportariam o stress de estar dentro de uma sala cirúrgica. Da minha perceção, que advém da experiência profissional, os acompanhantes quando estão junto da mulher, independentemente do parto ser eutócico ou distócico, o que lhes interessa é assistir ao nascimento e estar junto da mulher, e não “avaliar” ou “julgar” a intervenção dos profissionais que estão a assistir ao nascimento.

Ao longo deste EC desenvolvi e aprofundei competências técnico-científicas e relacionais no cuidado especializado à mulher e convivente significativo, nomeadamente na avaliação do bem-estar materno-fetal (Competência H2., OE, 2011). Neste sentido procedi à monitorização e interpretação cardiotocográfica, adequando o plano de cuidados consoante as alterações encontradas; realizei e interpretei o exame bi-manual (cervicometria, apresentação fetal e descida - plano de Hodge, variedade de posição, estado das membranas, características da bacia materna). Inicialmente tive necessidade de validar alguns dados com a Enfermeira Orientadora, no entanto há medida que o estágio foi avançando era a própria que confiava na minha avaliação deixando-me satisfeita com a confiança depositada.

Tive oportunidade de realizar algumas amniotomias terapêuticas tendo sempre em atenção se a apresentação se encontrava apoiada para não correr o risco de prolapso do cordão.

Procurei promover, com a parturiente e acompanhante, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, proporcionando e promovendo a liberdade de movimentos, o duche, a deambulação e a utilização da bola de *pilates*. Quando

solicitavam analgesia epidural, avaliava se a parturiente se encontravam em fase lactente ou fase ativa do trabalho de parto, e solicitava a equipa de anestesia, que adequava a técnica a utilizar tendo em conta a cervicometria. O serviço dispõe de dois aparelhos de telemetria que são muitas vezes utilizados, tive oportunidade de verificar os seus benefícios. Dispõe também de bolas de pilatos em todos os quartos, a equipa incentiva as parturientes a “saírem” da cama e aos acompanhantes a serem elementos mais ativos durante o trabalho de parto, fazendo exercícios em parceria.

Tive sempre em atenção a necessidade do esvaziamento vesical da parturiente, promovendo o levante e a deambulação para o realizar espontaneamente. Quando não conseguia urinar promovia o esvaziamento vesical de forma artificial a fim de prevenir retenção urinária e comprometer a progressão do trabalho de parto.

Algo que observei com agrado, e que me levou a refletir, foi o facto de haver cada vez menos parturientes deitadas durante todo o trabalho de parto, com hidratação endovenosa e monitorização cardiotocográfica contínua. Vários estudos mostram-nos que a liberdade de movimentos e as posições mais verticalizadas aceleram a dilatação, reduzem a necessidade de analgesia, dão uma maior sensação de controle à mulher, favorecem a contratilidade uterina, beneficiam a circulação feto-placentar e diminuem o risco de sofrimento fetal, para além de proporcionarem mais conforto à parturiente (Gupta, 2012; Marshall, 2014).

A administração endovenosa de soros durante o trabalho de parto, mantendo-se a parturiente em jejum, é também um paradigma em mudança. Assim, em muitas situações, oferecemos água, líquidos claros e gelatina de forma a manter a hidratação e o conforto da parturiente o que vai de encontro ao que é preconizado e descrito em vários estudos (Marshall, 2014; Royal College of Midwives, 2012; Chapman, 2010). Há no serviço uma norma de procedimento sobre “Administração de líquidos via oral durante o trabalho de parto e parto” e, apesar desta atitude já ser muito frequente, constatei que alguns elementos da equipa de saúde ainda ficam relutantes e que manifestam a sua discordância relativamente a este tipo de atitudes terapêuticas não medicamentosas, por entenderem que, numa situação de emergência, pode haver aspiração do conteúdo gástrico. À luz do conhecimento atual, esta questão, já deveria estar ultrapassada, uma vez que se sabe que a incidência complicação é demasiadamente baixa (Marshall, 2014; Chapman, 2010).

O momento do parto é algo deslumbrante para a maioria das famílias. À medida que o parto está eminente, os sentimentos podem ir desde a excitação ao medo. Cabe ao Enfermeiro Obstetra que colabora com os mesmos, uma abordagem calma e confiante transmitindo-lhes segurança e coragem.

Colaborei com as parturientes em 52 partos eutócicos. Cada um deles foi único; lembro-me que, nos primeiros, assim que a utente apresentava dilatação completa, “a pressa” em colocar todo o material na mesa de trabalho era muita. Com o tempo, e à medida que fui intervindo em mais partos, fui percebendo e constatando que dilatação completa não é sinónimo de fase ativa do período expulsivo. Tive sempre atenção em respeitar a vontade da mulher em realizar os esforços expulsivos (reflexo de Ferguson), incentivando-a a agir instintivamente (Marshall, 2014).

Quando o nascimento acontecia, não eram raras a vezes em que convidava a mãe a extrair o restante do corpo do seu filho, e incentivava o pai/acompanhante a cortar o cordão que os unia: foram momentos inesquecíveis e indescritíveis. Promovia a vinculação precoce da díade/tríade e colocava aquele bebé sobre o peito da sua mãe, em contacto pele a pele.

Sempre que possível fazia a clampagem tardia do cordão. Proporcionava o corte do cordão pelo Pai/acompanhante. Após a clampagem colhia sangue para tipagem e análises laboratoriais se fosse necessário e também para células estaminais se tal fosse solicitado pelos pais.

Em relação ao períneo tive sempre a preocupação de promover a sua integridade, não o manipulando no 2º estágio, realizando episiotomias seletivas e promovendo esforços expulsivos espontâneos e dirigidos (Marshall, 2014; Chapman, 2010).

Tive oportunidade de participar nos cuidados a 11 mulheres cujo parto teve que ser distócico (quatro ventosas, seis cesarianas e um fórceps). Procurei colaborar com a equipa médica no desfecho do parto, quer na assistência à parturiente, quer nos cuidados imediatos ao recém-nascido otimizando a sua adaptação à vida extra uterina. Providenciava o material necessário para a realização do parto e fornecia à parturiente a informação necessária sobre como se iria desenrolar o parto. Encorajava-a a permanecer ativa durante o processo fazendo esforços expulsivos (no caso do parto por fórceps ou ventosa) quando solicitada e no momento das contrações

(Lowdermilk, 2008). Após o nascimento prestava os cuidados imediatos ao RN, juntamente com o pediatra, observando sinais de traumatismo ou escoriações.

Nas situações de cesarianas, a minha intervenção assentou na preparação da parturiente (cuidados de higiene perineal, algaliação, punção de via periférica, auxílio na anestesia), preparação do material para a execução da técnica e procurei permanecer o máximo de tempo junto da parturiente fornecendo-lhe apoio emocional e informações essenciais sobre os procedimentos (Lowdermilk, 2008). Após o nascimento prestei cuidados ao RN, juntamente com o pediatra e sempre que possível promovi o contacto pele a pele. Em todos os partos por cesariana em que eu participei as parturientes quiseram fazer contacto pele a pele e quando lhes era perguntado se o pretendiam elas respondiam à questão com alegria e satisfação. As situações que conduziram a este tipo de parto foram diagnosticadas no seio da equipa multidisciplinar e passaram pelo sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica, distocia de progressão, cesarianas por apresentação pélvica.

Foi importante para o desenvolvimento de competências acolher e prestar cuidados especializados a grávidas/parturientes e família com alteração do seu estado de saúde (Competência H.3.3., OE, 2011). Para prestar cuidados a utentes de risco (com patologia prévia ou com patologia desenvolvida na gravidez) e para que a gravidez tenha um desfecho bem-sucedido, são necessários não só cuidados de uma equipa multidisciplinar mas também a participação ativa da mulher fortemente motivada com o plano de tratamento (Corbett, 2008). Neste EC prestei cuidados de enfermagem especializados a grávidas em situação de risco, com patologias associadas como é o caso de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial induzida pela gravidez, ameaça de parto pré-termo, hemorragia do 1º e 2º trimestre, patologia cardíaca (válvula cardíaca mecânica) a fazer protocolo de heparina.

Depois do nascimento aguardava o descolamento da placenta, observando os sinais de descolamento. Apoiava a expulsão da placenta e auxiliava a saída das membranas fetais, com movimentos suaves e circulares, verificando a sua integridade e características. Tive oportunidade de observar morfologias placentares diversas como placentas sucenturiadas, circunvalada, e com inserção do cordão, velamentosa e em raqueta.

Depois de observar a placenta questionava a puérpera e acompanhante se queriam vê-la, explicando-lhes sumariamente as suas características.

Realizei uma dequitação em que as membranas se fragmentaram. Fiquei muito angustiada. Revi mentalmente todos os procedimentos. Seria algo menos correto que eu tinha feito? A Enfermeira orientadora tranquilizou-me. Chamámos a equipa médica para observar a puérpera, fez ecografia e revisão instrumental, assegurando-se assim a correta hemóstase pós dequitação.

Após a expulsão da placenta verificava de imediato a formação do globo de segurança de Pinard, massajando e se necessário era dada a indicação da administração de ocitocina com o objetivo de prevenir a hemorragia pós parto. Segundo a OMS (2014) “todas as parturientes devem receber uterotónicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da hemorragia pós parto [sendo] a ocitocina recomendada como o fármaco uterotónico preferencial” (p.4).

De seguida examinava o estado de integridade da mucosa da vagina e do períneo, procedendo à sua reconstrução quando necessário. Cada vez que procedia à reconstrução de um períneo pensava sempre como estaria aquela mulher dali a algum tempo e se haveria alguma alteração na atividade sexual coital.

Durante o EC realizei 17 episiotomias e episiorrafias: reconstitui 22 lacerações perineais e do canal vaginal sendo na sua grande maioria (dezanove) lacerações de grau I. Nos restantes 12 partos o períneo ficou intacto.

A reconstrução perineal é algo que nos “assusta” e preocupa durante o ensino teórico e que se mantém também no ensino clínico. Confesso que inicialmente só me lembro de pensar em como é que iria reconstruir o períneo, de olhar e pouco perceber/diferenciar as estruturas. Mas à medida que o EC foi evoluindo estas questões foram-se dissipando.

Enquanto suturava, procedia a sessões individuais de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com a episiorrafia e períneo. Providenciava gelo para aplicação tópica local e instalava confortavelmente a mulher.

No 4º estágio do TP, embora o cansaço físico se fizesse sentir, era interessante observar que as puérperas mostravam grande disponibilidade para interagir com o recém-nascido e com o acompanhante. A experiência que possuo enquanto enfermeira de um serviço de puerpério foi muito benéfica nesta fase, quer no domínio teórico, quer em termos práticos. Estive sempre atenta à vigilância dos sinais vitais,

coloração da pele e mucosas, globo de segurança de *Pinard*, perdas hemáticas e esvaziamento vesical.

No geral, tendo em conta a concretização deste grande objetivo, senti que fui tendo grandes progressos no meu desempenho ao longo do EC e estes permitiram que ficasse mais tranquila e segura. Para que tal acontecesse houve um grande empenho da minha parte na pesquisa de cada vez que surgiu uma nova situação, no entanto também não posso esquecer os momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora sobre os cuidados de enfermagem especializados prestados.

A minha experiência profissional como enfermeira de cuidados gerais, e o conhecimento teórico-prático de 16 anos de experiência dividem-se entre os cuidados prestados numa unidade de cuidados intensivos neonatais e os cuidados prestados numa unidade de puerpério. Esta experiência possibilitou-me estar desperta e sensibilizada para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido na adaptação/ otimização à vida extra uterina. Entendo que, no período neonatal, a saúde materno-infantil exige dos profissionais a compreensão global do RN/pais e família. Os conhecimentos e as atividades do âmbito da Obstetrícia e da Neonatologia estão inter-relacionados devendo ser abordados de forma integral.

Após o nascimento procurava, sempre que possível, proporcionar um ambiente calmo, contacto pele a pele, favorecendo o início da amamentação e por conseguinte a libertação da ocitocina.

Quando ocorria um parto distócico ou um parto eutócico realizado por outro profissional, prestava cuidados imediatos ao RN tendo sempre como objetivos a promoção da vinculação precoce da díade/tríade e a otimização da saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (competência H3.1, OE, 2011 e Competência nº4, ICM, 2015).

A observação da interação da díade/tríade também é um aspeto importante de observar e de salientar caso haja algum aspeto relevante que possa comprometer a vinculação. Se for o desejo da puérpera, e não houver contra indicações, é na primeira hora após o parto que se procede à adaptação do recém-nascido à mama. A promoção do aleitamento materno é muito importante: há que ter em conta que deveremos proceder de forma a apoiar e informar constantemente, tentando não cair

em tentação de “forçar” comportamentos (Competência H4,OE,2011 e Competência Nº5, ICM, 2015). Caso as mães decidam não amamentar, não as devemos fazer sentir-se culpabilizadas por não o fazerem. Devemos favorecer a decisão livre e esclarecida. Durante o EC o hospital passou pelo processo de acreditação a “Hospital Amigo dos Bebés”. Apesar de toda a equipa estar muito motivada em promover o aleitamento materno e a atingir com sucesso esta acreditação, não observei qualquer pressão por parte da equipa multidisciplinar em “pressionar” as parturientes em amamentar os seus bebés se assim não o desejassem.

Segundo dados do Observatório do Aleitamento Materno da DGS, no ano de 2013, 98,6% das mães iniciaram aleitamento materno e 76,7% manteve aleitamento exclusivo até à alta hospitalar. Esse mesmo relatório refere que, à 5ª semana de vida, das 76,7% crianças que manteve aleitamento materno exclusivo no dia da alta, 88,1% das mesmas mantêm o aleitamento materno exclusivo 5 semanas após o parto e aos 5 meses só 22,1% se mantem exclusivo. Estes dados não representam a realidade da amamentação em Portugal, uma vez que nem todas as maternidades e unidades de cuidados de saúde primários fazem o Registo do Aleitamento Materno (RAM), mas, “tem sido notória a crescente participação dos hospitais no RAM. A este fato parece estar associado o estímulo da Certificação Internacional como Hospital Amigo dos Bebés cuja divulgação e ampliação constitui objetivo nacional (DGS, 2014, p.25).

Entre as atividades desenvolvidas destaco medidas para prevenir a perda excessiva de calor do RN após o nascimento, a estimulação e aspiração de secreções quando necessário, a administração de terapêutica profilática, a determinação da hora do nascimento e do peso. Procedia de imediato e dispensava particular importância à identificação do recém-nascido e da puérpera, solicitando a confirmação do nome em ambas as pulseiras e colocava também a pulseira eletrónica fazendo o ensino e posterior validação sobre a correta identificação da puérpera e RN. Também participei/ auxiliei na avaliação inicial do RN, física, neurológica e comportamental e fiz os respetivos registos.

Procurei integrar e consolidar conhecimentos, de modo a desenvolver competências sólidas e efetivas na prestação de cuidados ao recém-nascido, nomeadamente na deteção de alterações morfológicas e funcionais e na reanimação do recém-nascido em situações de prematuridade e/ou de emergência.



Sendo o local onde desenvolvi o EC um hospital de apoio perinatal diferenciado com um serviço de neonatologia equipado para dar resposta a situações em que existem “desvio da normalidade”, neste sentido, tive várias experiências de cuidados prestados a parturientes e seus RN com patologia e que necessitavam de cuidados diferenciados no que respeita à adaptação à vida extra uterina e à estabilização hemodinâmica dos RN e sua transferência para a UCIN, no caso de necessidade (competências H3.2, OE, 2011), tendo sempre em atenção os Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP©) ou seja tentava reduzir o impacto negativo do ambiente no bebé que se encontra fora do útero materno (Santos, 2011).

Após a reavaliação da puérpera e do recém-nascido no puerpério imediato, se a mulher se mantivesse estável era transferida para o internamento de obstetrícia, após a passagem de ocorrências da puérpera e RN. Tive sempre a preocupação de elaborar e verificar todos os registos de enfermagem efetuados durante o trabalho de parto e o parto. O principal objetivo consistia em dar continuidade à prestação de cuidados, tal como mencionado anteriormente, para além da sua evidência legal.

### **3.2. Cuidados a primíparas tardias na transição para a parentalidade**

Um dos objetivos a que me propus no projeto de estágio foi o de desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam prestar de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a parentalidade saudável, a mulheres em situação de primiparidade tardia.

No primeiro dia de EC, dei a conhecer à enfermeira Orientadora o meu projeto para desenvolver ao longo deste EC, fazendo o enquadramento da temática, de modo a conseguir atingir os objetivos a que inicialmente me tinha proposto.

De acordo com a prática baseada na evidência e no contexto da prática dos cuidados, através de uma observação participada e informal pude perceber quais os cuidados especializados que promovem uma parentalidade saudável.

Ao elaborar o “Guião orientador de colheita e registo de dados” (apêndice I) – já anteriormente mencionado, pretendi orientar e estruturar a minha observação, assim como, caracterizar a população a quem prestei cuidados, colher dados sobre as razões subjacentes à primiparidade tardia, saber como a mulher vivenciou a gravidez, que expectativas (emoções, sentimentos) tem perante o papel de mãe e que



contributos do enfermeiro obstetra facilitaram/ promoveram a parentalidade durante a gravidez e parto.

Neste ponto estão descritos e analisados os dados que colhi durante a interação na prática e confrontados com os dados da revisão da literatura.

Prestei cuidados a 17 primíparas tardias, no 4º estágio de trabalho de parto (TP). Prestei, também, cuidados especializados a todas estas mulheres no 1º estágio de TP. No 2º e 3º estágio de TP prestei cuidados a 9 destas mulheres. Relativamente às outras 8 o TP evoluiu para parto distócico (por PPTP; suspeita de sofrimento fetal; CTG pouco tranquilizador/ desacelerações acentuadas e de difícil recuperação).

A idade das primíparas a quem prestei cuidados variou entre os 35 e os 42 anos, sendo a média de idades 39.8 anos. Em relação às habilitações literárias/ académicas 12 primíparas eram licenciadas, 2 tinham pós graduações, 3 primíparas tinham 12º ano, uma o 9º ano e outra um curso de formação profissional. No que respeita à profissão todas elas, na altura do parto, estavam empregadas. Sendo que, 14 das 17 se encontravam de atestado médico por gravidez de alto risco. De referir que duas eram chefes ou representantes máximas na sua equipa de trabalho. A heterogeneidade das características académicas e profissionais destas mulheres vai de encontro aos estudos de Nilsen & cols (2012) e de Guedes & Canavarro (2014) em que referiram que mulheres que decidem ter o primeiro filho em idade avançada fazem parte de um grupo heterogéneo caracterizado por um nível educacional e salarial elevado mas também mulheres de um nível socioeconómico mais baixo.

Todas revelaram ter relações conjugais estáveis, tendo sido a gravidez desejada. O parto decorreu entre as 38 e as 41 semanas de gestação.

Relativamente ao índice obstétrico, 11 destas primíparas eram primigestas e 6 tiveram um ou mais abortos espontâneos. Relativamente a estas últimas, apesar de não ter sido a primeira gravidez, foram consideradas dentro dos critérios de inclusão, na minha análise, uma vez que na gravidez anterior a gestação não atingiu o estágio de viabilidade fetal.

#### **• Razões que levaram à primiparidade tardia**

Os motivos que levaram à gravidez em idade tardia, para as mulheres de quem cuidei, são semelhantes aos referidos na bibliografia consultada e já mencionada

anteriormente. Centram-se principalmente em razões do foro fisiológico; razões relacionais/conjugais e profissionais.

Dentro das razões do foro fisiológico ressaltaram testemunhos como *“casamos tarde e decidimos ter logo um filho por causa da idade”* (P1). Na minha opinião a decisão do casal em ter logo um filho espelha a intensão do casal em minimizar o efeito da idade na fertilidade. Este achado vai de encontro ao estudo de Bayrampour e Cols (2012) onde referem que os problemas da fertilidade associados ao adiamento da gravidez são umas das preocupações das mulheres. Por outro lado parece que a decisão das mulheres em engravidar é influenciada pelo relógio biológico: *“começamos a envelhecer e pensamos: - Está na idade...”* (P3).

A infertilidade foi definida pela OMS (2001) como sendo a ausência de concepção após 24 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas. Foi, no entender de algumas primíparas, uma razão fisiológica para a gravidez tardia: *“esperei demais para decidir ser mãe e quando decidi, tentei durante 4 anos, e tive que avançar para a fertilização ... e, mesmo assim foi difícil”* (P5).

Se há situações em que é a idade que precipita a situação da infertilidade, também há aquelas em que é a infertilidade que dá origem a gravidezes em idade mais avançada *“começamos a tentar engravidar quando tinha 30 anos, estive inscrita num centro para fazer o tratamento vários anos, até que um dia nos chamaram, como estas coisas também não são rápidas.... Agora sou mãe quase aos 40 ...”* (P10). Alguns estudos (Bayrampour et al., 2012; Gravena et al., 2012) apontam a infertilidade como um motivo para que as gravidezes ocorram em idade tardia.

Também os abortos espontâneos foram, neste grupo, uma razão fisiológica para o adiamento da maternidade *“nem acredito que depois daqueles abortos, consegui”* (P7). De referir que 6 das 17 primíparas (35,2%) tardias tiveram um ou mais abortos. Este achado vai de encontro ao que Silva in Graça (2005) refere quando afirma que a diminuição da fecundidade (aumento de ciclo anovulatórios ou disovulatórios, aumento de abortos espontâneos por cromossomopatias ou por razões estruturais) está relacionada com o aumento da idade materna (a partir dos 35/40 anos) além de se admitir igualmente que há alterações bioquímicas que conduzem a perdas de gravidez.

A instabilidade conjugal/ relacional foi apontada como motivo para o adiamento do projeto de maternidade:

*“... quando eu queria ele achava que não estava na hora... quando ele queria eu não estava preparada... e assim foi-se adiando...” (P8)*

*“... queríamos viver a vida a dois e depois de estar tudo mais estabilizado logo pensámos então nos filhos...” (P2)*

*“... não queria ser mãe solteira... e demorei até encontrar a pessoa certa...” (P4)*

*“... é preciso crescer e amadurecer como pessoa e casal ... para abraçar este grande projeto que é ter um filho...” (P9)*

Como disse anteriormente, todas as primíparas, referiram ter uma relação conjugal estável, e esta estabilidade é um fator importante na decisão de engravidar. Lampinen (2009) e Parada & Tonete (2009) já haviam referido que a estabilidade conjugal era fator decisivo na gravidez.

A procura da estabilidade económica e profissional levam igualmente ao adiamento do projeto de gravidez: *“...primeiro queria estudar, tirei uma pós graduação... os anos foram passando... a profissão é muito exigente... e para ter um filho temos que ter condições” (P6)*. Bayrampour (2012), Gravena (2012) e Lampinen (2009) também apontam a independência económica e profissional como fatores que levam ao adiamento na constituição da família.

As afirmações *“... queria muito ser mãe...” (P12)* e *“... fiquei muito feliz quando soube que estava grávida...” (P17)*, foram proferidas por muitas destas mulheres. A opção de constituir família e a gravidez ser um projeto de vida foi também mencionado no estudo de Carolan (2007). A crença de que o papel da mulher deve passar pela maternidade é uma expectativa social que não tem tido muita variação nem ao longo dos séculos nem nas mais variadas civilizações. Cardoso (2005) refere que o desejo de ser mãe pode *“...mascarar outros desejos como: provar a fecundidade [...], sentir-se um elo de transmissão biológica intergerações, ou constituir mesmo um desejo mal assumido de imortalidade” (p.591)*.

- **Vivências na gravidez e expectativas perante o papel mãe**

Ao tornar-se mãe a mulher passa por uma mudança de identidade que começa com o início da gravidez. No entanto esta mudança nem sempre é linear, pode originar ambivalência de sentimentos e gerar conflitos internos pondo em causa as competências da mulher enquanto futura mãe (Felgueiras, 2013). Desta forma tornou-

se importante, no meu ponto de vista, conhecer as vivências destas mulheres, durante a gravidez, e as expectativas que tinham relativamente ao papel de mãe.

Como já referido anteriormente, no decorrer da gravidez ocorrem numerosas modificações não só físicas como psicológicas e a forma como cada mulher vivencia essas alterações difere de acordo com fatores relacionados com a personalidade, o modo como ocorreu a gravidez, a relação com o companheiro e família, entre outros (Bortoletti, 2007).

Apesar da gravidez ter sido planeada e desejada em todas as primíparas, algumas delas referiram ter sentimentos ambivalentes perante a gravidez, destacando-se como sentimentos positivos a alegria, bem-estar e contentamento e como sentimentos negativos, a preocupação, o medo do parto e do desconhecido e ansiedade quanto aos cuidados ao RN. Como referido anteriormente, Parada & Tonete (2009) defendem que a gravidez tardia é mais comumente pautada pela ambivalência de sentimentos. Esta ambivalência é considerada por Corbett (2008) como uma resposta normal em períodos de transição, quando é necessário assumir outros papéis. A mulher fica feliz pela gravidez, mas pode ficar triste/ angustiada pelas mudanças que esta acarreta na sua vida. Nos seguintes testemunhos pode-se inferir sentimentos positivos: “...nunca pensei sentir-me tão bem durante a gravidez...” (P7), “...tornar-me mãe foi algo que aconteceu com muita alegria...” (P1), “...sentir o bebé a mexer é algo fantástico... é uma sensação muito boa” (P6).

As mulheres que referem estar felizes e se sentem bem com a gravidez entendem-na como a realização biológica e parte do seu projeto de vida (Corbett, 2008). Carolan e Nelson (2007) no seu estudo referem que as grávidas tardias experienciam sentimentos positivos apesar de sentirem que vivenciam uma gravidez de risco, necessitando de mais apoio dos profissionais de saúde para se sentirem confiantes.

O estudo de Carolan (2007) relata que as primíparas tardias tinham mais preocupações com a sua saúde e que procuravam mais informação comparativamente a grávidas mais jovens. Estas preocupações relacionam-se sobretudo com o desejo da gravidez decorrer sem intercorrências, da grávida manter o controlo sobre o seu corpo e saúde adotando estilos de vida saudáveis (Bayrampour, 2012).

Meleis e Schumacher (2010) consideram que a transição para parentalidade é uma transição desenvolvimental, ocorrendo numa fase previsível do ciclo de vida, e que durante os processos de transição podem estar presentes sentimentos de angústia, frustração e conflito de papéis, exigindo a aquisição e desenvolvimento novas estratégias de *coping* para a adaptação à nova realidade.

O medo do parto, o medo da dor e o medo do desconhecido, foram sentimento referidos por algumas primíparas. A presença de ansiedade e medo à medida que a altura do parto se aproxima foi também referido por Parada & Tonete (2009). A preocupação com o parto também foi um sentimento relatado com frequência: “...só espero que o bebé nasça bem e que seja perfeitinho...” (P5), “... devia ter sido mãe mais cedo... quando somos mais novas não nos preocupamos com certas coisas...” (P3).

Guedes & Canavarro (2014) salientam que os profissionais de saúde devem ter em atenção que nem todos os casais têm acesso à informação sobre os riscos associados à maternidade tardia e que esta informação deve ser transmitida em faixas etárias mais jovens, promovendo assim a decisão reprodutiva consciente e esclarecida.

A ansiedade referente ao cuidar do RN, ao educar numa fase mais avançada reflete um sentimento de incerteza quanto às capacidades parentais enquanto mãe. Esta ansiedade reflete a preocupação com o processo de transição para a parentalidade: “... estou com medo de não conseguir cuidar da bebé...” (P4), “...se tiver a chorar e eu não conseguir saber o que ele tem... Se está tem dores!” (P11), “...será que vou conseguir dar de mamar... como sei que ele não tem mais fome?” (P14).

- **Contributos do enfermeiro obstetra durante a gravidez tardia e parto**

O conhecimento e compreensão das experiências parentais por parte dos enfermeiros são particularmente importantes para que estes apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de uma transição feliz e bem-estar emocional (Martins, 2008). Sendo que esta transição é um processo contínuo de crescimento, maturidade tanto a nível individual como familiar e social.

Os enfermeiros, de acordo com Meleis e Schumacher (2010), devem prestar cuidados antecipatórios no âmbito da transição parentalidade no que diz respeito à preparação da mulher/ do homem/ do casal (ex: preparação dos pais para a parentalidade) tendo em conta o seu contexto biopsicossocial. Neste sentido é importante que o enfermeiro conheça o significado que a parentalidade tem para os mesmos, o grau de conhecimento e habilidades sobre o papel parental, pois a sua intervenção pode condicionar a vivência da gravidez (Lampinen, 2009).

Algumas primíparas valorizaram as aprendizagens, fornecidas pelos enfermeiros nos cursos de preparação para o parto e parentalidade: *“...aprendi muito sobre a gravidez e sobre o parto... a enfermeira explicou tudo ao pormenor... foi uma grande ajuda... fiquei mais segura e confiante...”* (P1), *“ eu e o meu marido não faltámos a uma única aula...até nos ensinaram sobre o que colocar na mala da maternidade...já deixámos marcadas as aulas pós parto...”* (P12).

Os estudos de Carolan (2007), Ahldén (2008), Guedes & Canavarro (2014), descrevem a importância das sessões de preparação para a parentalidade. Dos cuidados pré natais devem fazer parte integrante as sessões de educação para a parentalidade pois são considerados uma parte importante da transição para a parentalidade (cuidados antecipatórios – Meleis e Schumacher, 2010). As sessões de educação para a parentalidade constituem, para muitas mulheres, a principal rede de suporte social, como é referido no estudo de Graça (2011). A utilização por parte das enfermeiras de uma linguagem perceptível e o recurso a exemplos práticos (Carolan, 2008), também foi mencionado como positivo. No entanto, nas situações de gravidez/ primiparidade tardia, as informações transmitidas devem ser livres de preconceitos e estereótipos acerca desta fase etária e dirigidas às mulheres / casais com esta especificidade (Guedes & Canavarro, 2014).

Ahldén (2008) refere no seu estudo que os programas de educação parental devem dirigir-se a homens e mulheres. Para promover a consciência do papel do pai como elemento ativo na educação, estabelecendo padrões e promovendo o desenvolvimento emocional, como se pode inferir do seguinte relato: *“É muito importante para mim que o meu marido possa estar sempre presente, que participe na gravidez... sinto-me mais segura...”* (P13). Também Parada & Tonete (2009) consideram que o apoio e participação ativa do companheiro na vivência da gravidez

tardia é importante, sendo este, para muitas mulheres, a principal fonte de suporte (Manning, 2008).

Durante o trabalho de parto as mulheres referiram ser muito importante a disponibilidade da enfermeira que a acompanhou no TP *“... foi tão importante sentir que a enfermeira estava sempre disponível quando eu a chamava... ajudou-nos imenso nestas dúvidas todas que temos quando passamos por isto pela primeira vez...”* (P8). Foi também referido como muito importante, a confiança e a informação clara e consistente que receberam por parte dos enfermeiros, nomeadamente relativamente aos procedimentos técnicos e às informações sobre o bem-estar fetal, como nos mostra o testemunho de P2: *“...quando a enfermeira entrava no quarto e olhava com calma e me dizia que me ia observar... e me explicava o CTG... aí eu ficava tranquila...confiava nela...”* (P2). As mulheres esperam que a equipa, no momento do parto, as ajude a ultrapassar os medos e dificuldades, transmitindo sentimentos de calma e serenidade (Carolan 2008). Para Silva (2010) o relacionamento entre o EEESMO e a parturiente inicia-se no acolhimento, com a disponibilidade e empatia sendo um dos objetivos a prestação de cuidados especializado, humanizados e holísticos à grávida/casal/família, um cuidar com sabedoria e dedicação.

O contributo do EEESMO, na opinião das primíparas tardias, assenta muitas vezes na competência técnica e científica para as ajudar no momento do parto: *“foram todos muito competentes e eficientes...ajudaram-nos imenso durante o nascimento...”* (P10) *“...tive mesmo o parto que desejei...ninguém se impôs à minha vontade...”* (P11). Neste excerto denota-se que o modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher (OE, 2015) é valorizado pelas parturientes.

Procurei prestar cuidados centrados na grávida/casal promovendo a autonomia, estabelecendo uma parceria de cuidados facilitando a capacitação/empoderamento na tomada de decisões, verifiquei qual informação que a parturiente detinha do trabalho de parto e parto esclareci dúvidas sobre os processos vivenciados, não interferindo na vivência do trabalho de parto e parto, respeitando a autodeterminação e privacidade Tive sempre o cuidado de verificar se o consentimento livre e esclarecido estava efetivado (OE, 2015). O código deontológico dos enfermeiros (2005, p.90-92) já havia enumerado cinco princípios que regem a nossa prática e os

quais procurei garantir: beneficência/não maleficência; justiça; autonomia; veracidade e fidelidade.

Em jeito de conclusão deste ponto três, considero que adquiri e desenvolvi competências específicas que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/Recém-nascido/família, no âmbito da transição para a parentalidade (não só na primiparidade tardia), em situação de saúde e doença, durante os vários estádios do trabalho de parto e período neonatal, prevenindo a morbilidade e promovendo a saúde e bem-estar dos intervenientes (Competência H4).



#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chego agora ao final deste percurso e avaliando estes dois anos, o balanço é francamente positivo. Não foi decerto fácil, mas foi muito empreendedor. O conhecimento científico, aliado à prática clínica, a intervenção de enfermagem baseada na evidência, salvaguardando o bem-estar materno fetal e promovendo comportamentos de vida saudáveis, promotores da manutenção da saúde e prevenção da doença, o raciocínio clínico e a aquisição e desenvolvimento de competências e saberes relacionados com a produção de conhecimento, foram certamente algumas das mais-valias desta formação que agora termina.

O enfermeiro especialista, pelas competências específicas que lhes são atribuídas e as quais deve procurar aprofundar e desenvolver, tem o dever de ensinar, instruir, orientar e monitorizar os cuidados que presta, delega e supervisiona de modo a promover uma parceria nos cuidados aos utentes e seus pares e tendo subjacente uma tomada de decisão livre e esclarecida enquanto interveniente neste processo.

A parentalidade, sendo uma etapa irreversível, assume-se como uma das transições mais marcantes na vida dos indivíduos, principalmente no caso de ser o primeiro filho. Os desafios inerentes ao exercício do papel parental são inúmeros, destacando-se a necessidade de redefinição e reorganização de projetos de vida a nível da identidade e funções. Neste sentido coloca-se à enfermagem também desafios evidentes, no que respeita ao desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos dos progenitores neste período de vulnerabilidade transacional, facilitando os processos de transição tendo em vista o bem-estar dos indivíduos (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

A temática de suporte para a elaboração deste relatório centrou-se, na primiparidade tardia e na compreensão sobre quais os contributos do enfermeiro Obstetra facilitadores da transição para a parentalidade. Foram apresentados e refletidos os resultados da intervenção direta às parturientes e RN que assisti na sala de partos assim como os resultados inerentes às observações feitas às primíparas tardias. Considero que foram atingidos os objetivos propostos na introdução deste relatório. Com os resultados da temática em estudo foram adquiridos conhecimentos acerca da compreensão das razões subjacentes à primiparidade tardia, compreensão

dos sentimentos vivenciados pelas mulheres nesta situação e conhecimento sobre o contributo do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade saudável na primiparidade tardia.

Apresenta-se, em seguida, uma síntese dos principais achados, procurando responder ao problema definido.

No que respeita às razões subjacentes à vivência de uma primiparidade tardia, estas estão essencialmente relacionadas com aspetos fisiológicos (idade, infertilidade e abortos de repetição), estabilidade conjugal, estabilidade económica e profissional e realização pessoal (desejo de ser mãe).

Os sentimentos vivenciados pela mulher primigesta/primípara tardia são ambivalentes (sentimentos positivos e negativos), característica dos períodos transicionais. Dos sentimentos positivos destacam-se a alegria, o bem-estar e o contentamento. Os sentimentos negativos centram-se essencialmente na preocupação, no medo do parto e do desconhecido, na ansiedade quanto ao cuidado do RN. Sendo a vivência da primigestação/primiparidade tardia pautada por sentimentos ambivalentes, considero importante a promoção de encontros dos casais em cursos de preparação para o parto e parentalidade, eventos informais como por exemplo workshops entre mulheres/casais a viver a transição para a parentalidade na primiparidade tardia. Desta forma, podem ser partilhadas vivências, durante a interação com quem vivencia o mesmo processo de transição.

Os contributos do enfermeiro obstetra que se destacam na vivência da primiparidade tardia, nas mulheres que assisti centram-se nos conhecimentos técnicos e científicos (qualidade e pertinência da informação disponibilizada e competência técnica) e na natureza relacional (transmitir calma e tranquilidade, disponibilidade e sensação de confiança). A qualidade e quantidade de informação dispensada pelos profissionais de saúde é fundamental, assim como o momento e o contexto em que é fornecida. O enfermeiro obstetra deve assegurar que a informação seja dirigida às reais necessidades da mulher, sem constrangimentos ou juízos de valor. As mulheres devem ser devidamente informadas e esclarecidas sobre a sua situação clínica e a do seu RN para que o processo de tomada de decisão seja verdadeiramente livre e esclarecido.

Como pontos fortes deste trabalho saliento o interesse pela temática dos agentes envolvidos, a fantástica colaboração de todos e as inúmeras experiências que

tive no cuidado às parturientes. Os principais pontos fracos/ constrangimentos saliento a escassez científica na área e escassez de investigação na maternidade tardia. Saliento também a falta de tempo para a elaboração do trabalho que se prende essencialmente às obrigações laborais.

Em junho de 2014, foi nomeada uma comissão cuja finalidade foi abordar a Política de Natalidade em Portugal, sendo o grande objetivo a remoção dos obstáculos à natalidade em Portugal. Esta comissão refere que “Portugal está a mudar profundamente atitudes e comportamentos, os valores culturais tradicionais estão a ser substituídos por outros [...] tais realidades têm de estar presentes na formulação das políticas públicas de Promoção da Natalidade” (Azevedo et al., 2014, p.8). Acredito que trabalhos neste âmbito são um veículo para que os pares possam ter o real conhecimento sobre as alterações na nossa população fértil e que contribua de alguma maneira para a aquisição de conhecimento que promovam a mudança na intervenção especializada às primíparas tardias. Neste sentido, para manter elevados níveis de conhecimento técnico e científico que fundamentem a tomada de decisão, pretendo manter a formação contínua, realizar e promover a realização, em contexto laboral, de momentos promotores da reflexão sobre a prestação de cuidados especializados, melhorando e garantindo a qualidade do contributo da intervenção do enfermeiro obstetra. Desejo fazer a apresentação deste relatório (da pesquisa realizada assim como dos resultados obtidos) quer no hospital onde realizei o EC, quer no hospital onde trabalho, sensibilizando os profissionais de saúde para as especificidades da primiparidade tardia. Pretendo elaborar um artigo científico sobre a temática abordada neste relatório e assim contribuir para a produção científica nesta área em particular. Sendo uma ideia ambiciosa, mas pretendo ainda realizar um projeto de intervenção no hospital onde trabalho, direcionado às mulheres em contexto de primiparidade tardia, projeto a ser implementado na consulta externa e centrado na transição para a parentalidade saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L., Pocinho, M. & Leal, I. (2010). Transição para a parentalidade: Estudo comparativo entre mulheres e homens primíparos. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, M. Marques & F. Pimenta (Orgs.), *Actas do 8.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 464-472). Lisboa: ISPA.
- Ahldén, I., Göransson, A., Josefsson, A. & Alehagen, S (2008). Parenthood education in Swedish antenatal care: perceptions of midwives and obstetricians in charge. *Journal of Perinatal Education*, 17 (2), 21-27. Acedido em 26-09-2016. Disponível em;  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010057982&site=ehost-live>
- Andrade, P.C., Linhares, J. J., Martinelli, S., Antonini, M., Lippi, U.G. & Baracat, F. F., (2004). Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: Estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26 (9). 697-702. Acedido a 18-04-2015. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000900004>
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*. 2 (XXVIII). 255-267.
- Azevedo, J., Gonçalves, A., Sampaio, A., Moreira, B., Castro, J., Arroteia, J. & Luz, R. (2014). *Por um Portugal amigo das crianças, das famílias e da natalidade (2015-2035): Remover os obstáculos à natalidade desejada*. Lisboa: Instituto Francisco Sá Carneiro. Acedido em 07-05-2016. Disponível em:  
<http://www.jn.pt/infos/Relat%C3%B3rio%20Natalidade.pdf>
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Coord.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (Cap.12, pp. 317-346). Lisboa: Fim de século.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, (100), 1-13. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-12-100.pdf>
- Bortoletti, F. F (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Bortoletti, J. & Nakamura, M. U. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. (pp. 21- 31). Barueri, São Paulo: Manole.

- Cabete, D. (2008). Perspectivas de formação avançada em enfermagem: um olhar para o panorama internacional. *Pensar em Enfermagem*, 12 (1), 48-52.
- Caetano, L., Netto, L. & Manduca, J. (2011). Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*. 15 (4), 579-587. Acedido a 28-09-2016. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000400015>
- Callaway, L. K., Lust, K. & McIntyre, H. D. (2005). Pregnancy Outcomes in Women of Very Advanced Maternal Age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60, 562-563. Acedido a 07-05-2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15730358>
- Canavarro, M.C (2001). *Psicologia da gravidez e Maternidade*. Coimbra. Quarteto
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (Cap.9, pp. 225-256). Lisboa: Fim de século.
- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (2a ed., cap. 1, pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, J. (2010). Alterações Psiquiátricas e gravidez. In Graça, L. M. *Medicina Materno Fetal*. (pp.633- 638). Lisboa: Lidel.
- Carolan, M. (2003). Late motherhood: the experience of parturition for first time mothers aged over 35 years. *Australian Midwifery Journal*. (16), 17-20. Acedido em 26-09-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.05.004>
- Carolan, M. & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: Questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International*, 28, 534-555. Acedido a 26-09-2016. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106189014&sitel=ehost-live>
- Carolan, M. (2007). The project: Having a baby over 35 years. *Women & Birth*, 20 (3), 121-126. Acedido a 26-09-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.05.004>
- Carolan, M. (2008). Towards understanding the concept of risk for pregnant women: Some nursing and midwifery implications. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 652-

658. Acedido em 26-09-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02480.x>

Carrilho, M.J. Craveiro, M. L (2015). Situação Demográfica Recente em Portugal *Revista de Estudos Demográficos*, (54), 57-107. Acedido a 12-07-2015. Disponível em: <http://www.ine.pt>

Carvalho, R., & Araújo, C. (2010). A gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In L. Graça, *Medicina materno fetal*. (2ª ed) (pp. 168-172). Lisboa: Lidel.

Cepêda. Brito, I. & Heitor. M (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Chan. B & Lao T (2008). Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 102(3):237-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606410>

Chapman, V.; Downe, C. (2010). *The midwife's labour and birth handbook*. (2ª ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

Colman. L. & Colman. D (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Cooke, A., Mills, T. & Lavender, T. (2011). Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious Choice. A qualitative study of women's views and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (1), 30-39. Acedido a 26-09-2016. Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013>

Corbett, R.W. (2008). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In: Lowdermilk, D, L. Perry, S, E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed) (p.245-303). Loures: Lusodidacta.

Corbett, R.W. (2008). Gravidez de Risco: Patologia Pré-existente. In: Lowdermilk, D, L. Perry, S, E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed) (p.707-752). Loures: Lusodidacta.

Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência. ISBN728383630

Decreto-lei n.º 162/96 de 4 de setembro. Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício

- Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, Série I, N.º 205 (4-9-1996).2959 – 2962.
- Despacho n.º 5344-A/2016 (2016). Estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana. Diário da República, Série II, N.º76/2016 (2016-04-19).
- Faria, N. A. S. & Ramos, S. A.V. F. (2012). (Re) aprender a ser mãe fora do tempo: o ajustamento materno na gravidez tardia. *Revista da associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (12),10-13.
- Felgueiras, M.C.M.A. & Graça, L.C.C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (11), 77-84.
- Figueiredo, B. Mendonça & M. Sousa,R. (2004). Versão Portuguesa do Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (1). 31-51. Acedido a 08-05-2015. Disponível em:  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3835>
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares, *Trajectórias (in) adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto
- Fortin, M. F (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Camarate: Lusociência.
- Gomes, A.G. Doneli, T. M.S. Piccinini, C. A. Lopes, R.C.S. (2008). Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Interação psicológica*. 12(1), 99-106. Acedido a 01-04-2015. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i1.5242>
- Gonçalves, Z. & Monteiro, D. (2012). Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina*, 40 (5), 275-279. Disponível em:  
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>
- Graça, L., Figueiredo, M. & Carreira, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (4), 27-35. Acedido em 18-08-2016. Disponível em:



[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200003)

Gravena, A., Sass, A., Marcon, S. & Pelloso, S. (2012). Resultados perinatais em gestações tardias. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46 (1), 15-21. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>

Guedes, M., & Canavarro, M. (2013). Adaptação à gravidez das mulheres primíparas de idade avançada e seus companheiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 280-287. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v14n2/v14n2a04.pdf>

Guedes, M. & Canavarro, M. (2014a). Characteristics of primiparous women of advanced age and their partners: A homogenous or heterogenous group? *Birth Issues in Perinatal Care*, 41 (1), 46-55. Acedido a 26-09.2016. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24654637&site=ehost-live>

Guedes, M. & Canavarro, M. (2014b). Psychosocial adjustment of couples to first-time parenthood at advanced maternal age: an exploratory longitudinal study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. 32 (5), 425-440. Acedido em: 26-09-2016. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103909895&site=e>

Gupta, J. Hofmeyr, G. & Shehmar, M (2012). Positions for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.

Hodnett, E.D. & Osborn, R.W (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Nurs. Health*, 12 (5), 289-97. Acedido a 10-08-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2798949>

ICM (2015). “Midwifery Services Framework Guidelines for developing SRMNAH services by midwives”. Acedido a 7-10-2016. Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Manuals%20and%20Guidelines/MSF%20for%20field-testing,%2017Mar15.pdf>



- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kankkunen, P. (2009). A review of Pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, 3, 33-38. Acedido a 12-09-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729989/>
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: the last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11, 86-92.
- Leal, I. & Pereira, A. (2005). Infertilidade: Algumas considerações sobre causas e consequências. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (Cap. 6, pp. 151-174). Lisboa: Fim de século.
- Leite, L. (2006). O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. In *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências*. Lisboa, 11 maio 2006.
- Lima, L. C. (2010). Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos?. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27 (1), 211-226. Acedido a 07-04-2015. Disponível no RCAAP.
- Lowdermilk, D. Leonard (2008). Trabalho de Parto e Parto de Risco. In: Lowdermilk, D, L. Perry, S, E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed) (p.808 -860). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. Leonard (2008). Anatomia e Fisiologia da Gravidez. In: Lowdermilk, D, L. Perry, S, E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed) (p. 222- 244). Loures: Lusodidacta.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (17ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Manning, B. (2008). Transição para a parentalidade. In: D. Lowdermilk, S.Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed, cap.17,p.521-556). Loures: Lusodidacta.
- Marshall, J.; Raynor. M. (2014). *Myles textbook for midwives*. (16ª ed). Londres: Elsevier.
- Martins, M. (2007). *Mitos e crenças na gravidez*. Lisboa: Edições Colibri.
- Martins, C. A. (2008). *Transição para a Parentalidade*. Universidade de Lisboa. (Programa de Doutoramento em Enfermagem). Lisboa. Disponível no RCAAP.

- Meleis, A. Sawyer, LM. Im, EO. Hilfinger, MDK. & Shumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol 23 (nº 1), p. 12-28. Acedido a 07-07-2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6d2e1e25-8c9f-466a-81ea-84a43e93edb4%40sessionmgr113&hid=128>
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. I. & Schumacher, K., L. (2010). Transition: a central concept in nursing. In Meleis, A.I. *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories nursing Research and Practice*. (p.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. & Dean, M. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress*. (5ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Acedido a 29-09-2016. Disponível em: [http://ssm.kmu.ac.ir/Images/UserUpload/Document/SNM/%D8%AA%D8%AD%D8%B5%DB%8C%D9%84%D8%A7%D8%AA%20%D8%AA%DA%A9%D9%85%DB%8C%D9%84%DB%8C/\\_Theoretical\\_Nursing\\_Development\\_and\\_Progresss.pd1f.pdf](http://ssm.kmu.ac.ir/Images/UserUpload/Document/SNM/%D8%AA%D8%AD%D8%B5%DB%8C%D9%84%D8%A7%D8%AA%20%D8%AA%DA%A9%D9%85%DB%8C%D9%84%DB%8C/_Theoretical_Nursing_Development_and_Progresss.pd1f.pdf)
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Salvador, Brasil: Quarteto.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/>
- Nylen, K., O'Hara, M. & Engeldinger, J. (2013). Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 427-440. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22710981>
- Observatório do Aleitamento Materno (2014). *Registo do Aleitamento Materno, Relatório janeiro a dezembro 2013*. Lisboa. DGS. Acedido a 20-07-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Oliveira, I & Serrazina, L. (2011). *A reflexão e o professor como investigador*. Acedido em 20-07-2016. Disponível em: [http://apm.pt/files/127552\\_gti2002\\_art\\_pp29-42\\_49c770d5d8245.pdf](http://apm.pt/files/127552_gti2002_art_pp29-42_49c770d5d8245.pdf)

- Ordem do Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10/08/2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*, versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10/08/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Ordem do Enfermeiros (2015). *LIVRO DE BOLSO Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/ Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Assistência ao parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS. Acedido em 16-08-2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf)
- Parada, C. M. G. L & Tonete, V. L. P. (2009). Experiência da Gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Revista de Enfermagem*, (Abr-Jun. 2009), 13(2): 385-92. Acedido em 07-05-2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência
- Pires, A. S (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado. Acedido a 12-05-2016. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/820>

- Pordata (2015a). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução*. Acedido a 07-05-2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A3o-416>
- Pordata. (2015b). *Taxa de fecundidade por grupo etário*. Acedido a 07-05-2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%C3%A1rio-415>
- Pordata. (2015c). *Taxa bruta de natalidade em Portugal*. Acedido a 07-05-2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- Ramos, S. Faria, N. Oliveira, E. A & Silva, I.S. (2012). O ajustamento materno na gravidez tardia: contributos para a prática de Enfermagem. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol.4 23-39. Acedida a 08-05-2015. Disponível em: [www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30843](http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30843)
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série N.º 35 de 18 de fevereiro. 8648– 8653.
- Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª série N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011. 8662-8666.
- Rezende, J. (2000). *Obstetrícia fundamental* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Koogan.
- Rodrigues, M. C. (2008). *Vivências da maternidade tardia, cotidiano e qualidade de vida: A Perceptiva feminina*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Vila Viçosa, Minas Gerais. Acedido a 07-04-2015. Disponível no RCAAP.
- Royal College of Midwives (2012). *Evidence- based guidelines for midwifery-led care in labour. Nutrition in labour*. Acedido em 10-08-2016. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Nutrition%20in%20Labour.pdf>
- Santos, Andrea Oliveira (2011) – NIDCAP: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31. Acedido em 19-10-2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Schup, T. R. (2006). *Gravidez após os 40 anos de idade: Análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos*. (Tese de

Doutorado) Faculdade de medicina. Universidade de Paulo. São Paulo: Brasil.  
Acedido em 07-05-2016. Disponível em:

<https://www.google.pt/search?q=Gravidez+ap%C3%B3s+40+anos+de+idade%3A+An%C3%A1lise+dos+fatores+progn%C3%B3sticos+para+resultados+materos+e+perinatais+adversos&oq=Gravidez+ap%C3%B3s+40+anos+de+idade%3A+An%C3%A1lise+dos+fatores+progn%C3%B3sticos+para+resultados+materos+e+perinatais+adversos&aqs=chrome..69i57j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Silva, M. (2010). O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. In L. Graça, *Medicina materno fetal* (4ª ed.) (pp. 162-167). Lisboa: Lidel.

Stern, D. (2006). *The motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac.

Teeffeelen, A. S., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*. 27 (1), 122-127. Acedido em 26-09-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I**

*“Guião orientador de colheita e registo de dados”*

Dados para caracterização									
Idade		Idade gestacional Semanas		Índice obstétrico		Gesta Para 0		Tipo de parto	
<del>Grav</del> desejada		Preparação para parentalidade		Método contraceptivo					
<del>Grav.</del> planeada									
Habilitações		Ensino preparatório		Ensino secundário		Ensino superior		Bacharelato	
								Licenciatura	
								Mestrado	
								Doutoramento	
Profissão				Estado civil					
Dados para observação/ conversação informal									
Qual a razão subjacente à primiparidade tardia									
Como esta a vivenciar a gravidez/ que expectativas (emoções, sentimentos) perante o papel de mãe									
Quais foram os contributos mais importantes do enfermeiro obstetra durante a gravidez e parto									
Observação de outros dados relevantes									

Elaborado por: Carla Veigas, discente 5998 do 6º CMESMO da ESEL



## **Apêndice II**

Categorias, subcategorias e Unidades de Significação resultantes da Análise de conteúdo dos dados recolhidos junto das primíparas tardias

Categorias, subcategorias e Unidades de Significação resultantes da Análise de conteúdo dos dados recolhidos junto das primíparas tardias a quem prestei cuidados (ver guião orientador de colheita e registo de dados)		
Categoria	Subcategoria	Unidade de significação
<b>Razões subjacentes à primiparidade tardia</b>	<b>Fisiológicas</b>	<b>Idade</b> <i>“... casamos tarde e decidimos ter logo um filho por causa da idade” (P1)</i> <i>“...começamos a envelhecer e pensamos: - Está na idade...” (P3)</i> <b>Infertilidade</b> <i>“...esperei demais para decidir ser mãe e quando decidi, tentei durante 4 anos, e tive que avançar para a fertilização ... e, mesmo assim foi difícil” (P5)</i> <i>“... começamos a tentar engravidar quando tinha 30 anos, estive inscrita num centro para fazer o tratamento vários anos, até que um dia nos chamaram, como estas coisas também não são rápidas.... Agora sou mãe quase aos 40 ...” (P10)</i> <b>Aborto</b> <i>“...nem acredito que depois daqueles abortos, consegui...” (P7)</i>
	<b>Instabilidade conjugal/relacional</b>	<i>“... quando eu queria ele achava que não estava na hora... quando ele queria eu não estava preparada... e assim foi-se adiando...” (P8)</i> <i>“... queríamos viver a vida a dois e depois de estar tudo mais estabilizado logo pensámos então nos filhos...” (P2)</i> <i>“... não queria ser mãe solteira... e demorei até encontrar a pessoa certa...” (P4)</i> <i>“... é preciso crescer e amadurecer como pessoa e casal ... para abraçar este grande projeto que é ter um filho...” (P9)</i>
	<b>Estabilidade económica e profissional</b>	<i>“...primeiro queria estudar, tirei uma pós-graduação... os anos foram passando... a profissão é muito exigente... e para ter um filho temos que ter condições”. (P6)</i>
	<b>Realização pessoal</b>	<b>Desejo de ser mãe</b> <i>“... queria muito ser mãe...” (P12)</i> <i>“... fiquei muito feliz quando soube que estava grávida...” (P17)</i>
<b>Vivências na gravidez e expectativas (emoções/sentimentos)</b>	<b>Sentimentos positivos</b>	<b>Alegria; Bem-estar; Contentamento</b> <i>“...nunca pensei sentir-me tão bem durante a gravidez...” (P7)</i> <i>“...tornar-me mãe foi algo que aconteceu com muita alegria...” (P1)</i> <i>“...sentir o bebé a mexer é algo fantástico... é uma sensação muito boa” (P6)</i>
	<b>Sentimentos negativos:</b>	<b>Preocupação; Medo do parto e do desconhecido;</b> <i>“...só espero que o bebé nasça bem e que seja perfeito...” (P5)</i>

<b>perante o papel de mãe</b>		<p>“... devia ter sido mãe mais cedo... quando somos mais novas não nos preocupamos com certas coisas...” (P3)</p> <p><b>Ansiedade quanto ao cuidado ao RN</b></p> <p>“... estou com medo de não conseguir cuidar da bebé...” (P4)</p> <p>“...se estiver a chorar e eu não conseguir saber o que ele tem... Se está tem dores!” (P11)</p> <p>“...será que vou conseguir dar de mamar... como sei que ele não tem mais fome?” (P14)</p>
<b>Contributos do Enfermeiro Obstetra durante a gravidez e trabalho de parto</b>	<b>Conhecimentos técnicos e científicos</b>	<p><b>Qualidade informação transmitida</b></p> <p>“...aprendi muito sobre a gravidez e sobre o parto... a enfermeira explicou tudo ao pormenor... foi uma grande ajuda...fiquei mais segura e confiante...” (P1)</p> <p>“eu e o meu marido não faltámos a uma única aula...até nos ensinaram sobre o que colocar na mala da maternidade...já deixámos marcadas as aulas pós parto...” (P12)</p> <p><b>Competência técnica</b></p> <p>“foram todos muito competentes e eficientes...ajudaram-nos imenso durante o nascimento...” (P10)</p> <p>“...tive mesmo o parto que desejei...ninguém se impôs à minha vontade...” (P11)</p>
	<b>Natureza Relacional</b>	<p><b>Transmitir calma e tranquilidade</b></p> <p>“...quando a enfermeira entrava no quarto e olhava com calma e me dizia que me ia observar... e me explicava o CTG... aí eu ficava tranquila...confiava nela...” (P2)</p> <p><b>Disponibilidade</b></p> <p>“... foi tão importante sentir que a enfermeira estava sempre disponível quando eu a chamava... ajudou-nos imenso nesta dúvidas todas que temos quando passamos por isto pela primeira vez...” (P8)</p> <p><b>Sensação de confiança</b></p> <p>“É muito importante para mim que o meu marido possa estar sempre presente, que participe na gravidez... sinto-me mais segura...” (P13)</p> <p>“...quando a enfermeira entrava no quarto e olhava com calma e me dizia que me ia observar... e me explicava o CTG... aí eu ficava tranquila...confiava nela...” (P2)</p>